FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898 — N° 47

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 17 *novembre* 1898, *à* 1 *heure*

Par André RÉSIBOIS

Né à Reims le 29 décembre 1873.

Ancien interne des hôpitaux de Reims

Ancien externe des hôpitaux de Paris

DE QUELQUES FORMES ANORMALES DU

CANCER DE L'ESTOMAC

Président : M. CORNIL, *professeur.*

Juges : MM. BROUARDEL, *professeur.*
BLANCHARD et ROGER, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30594650

47

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 17 novembre 1898, à 1 heure

Par André RÉSIBOIS

Né à Reims le 29 décembre 1873.
Ancien interne des hôpitaux de Reims
Ancien externe des hôpitaux de Paris

DE QUELQUES FORMES ANORMALES DU

CANCER DE L'ESTOMAC

Président : M. CORNIL, *professeur.*

Juges : MM. BROUARDEL, *professeur.*
BLANCHARD et ROGER, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS
JOUVE ET BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, RUE RACINE, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE,
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. BERGER.
Clinique opthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.

	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	HARTMANN	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ).	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LEGUEU	TEISSIER	
PIERRE DELBET		THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : **M. Ch. PUPIN.**

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MES PREMIERS MAITRES
DE L'ÉCOLE DE REIMS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Dr RENAULT (hôp. Broca 1895).

Dr GINGEOT (Laennec 1896).

Dr NETTER (Trousseau 1897).

Dr DU CASTEL (Saint-Louis 1897).

Dr BRAULT (Tenon 1898).

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL,

Qui a bien voulu accepter la présidence de ma thèse.

DE QUELQUES FORMES ANORMALES

DU

CANCER DE L'ESTOMAC

INTRODUCTION

« Peu de questions paraissent au premier abord aussi banales que celle du diagnostic d'un estomac cancéreux. Peu de maladies cependant sont aussi insidieuses, aussi troublantes pour une foule de raisons, que la gastrocarcinie et font commettre autant d'erreurs préjudiciables à la fois pour le malade et pour le médecin » (1).

Le cancer de l'estomac se traduit en effet bien souvent par un ensemble de signes locaux et généraux qui le font immédiatement et à peu près sûrement diagnostiquer. Mais de ces signes, aucun, pris en particulier, n'est vraiment pathognomonique, et comme, dans bien des cas,

1. Letulle, *Presse Méd.* 1896.

plusieurs, presque tous même, sinon tous, peuvent manquer, il ne reste plus au médecin que des présomptions en faveur d'une lésion cancéreuse, et plus particulièrement de son siège stomacal.

Nous avons voulu dans ce travail rassembler une série d'observations que nous avons recueillies un peu partout, disséminées dans la littérature médicale, afin de montrer que le cancer de l'estomac évolue d'une façon exceptionnelle sans présenter aucun signe clinique, bien rarement sans présenter quelques signes qui doivent mettre sur la voie du diagnostic.

Ce qui nous a décidé à choisir ce sujet pour en faire notre thèse inaugurale, c'est l'observation de plusieurs malades dont nous avons suivi l'évolution dans le cours de notre externat à Paris :

L'un, très emphysémateux, qui mourut de pyémie streptococcique et à l'autopsie duquel nous trouvâmes non sans surprise un cancer de l'estomac qui ne s'était révélé par aucun signe clinique (Obs. IV).

Un autre qui ne présentait d'autres signes que de l'anorexie jointe à une cachexie progressive, sans avoir eu jamais ni vomissements, ni douleurs, ni tumeur. Le diagnostic ferme fut néanmoins posé pendant la vie par notre maître le Dr Brault et vérifié à l'autopsie (Obs. XXVII).

Un troisième malade est venu mourir dans le service de M. Brault le lendemain de son entrée à l'hôpital. Il était dans un état de cachexie extrême et ne se plaignait que d'un œdème des malléoles; à part l'anorexie il disait n'avoir jamais eu de troubles gastriques (Obs. XXVIII).

L'observation de notre quatrième et de notre cinquième

malade peut servir de contre-partie aux précédentes. Il s'agissait chez l'un de gastrite urémique (Obs. XXV) chez l'autre très vraisemblablement d'une anémie pernicieuse (Obs. XXVI), affections qui simulaient le cancer stomacal.

Partant de ces faits, nous avons eu l'idée de rechercher ce qui avait été dit sur ces formes de cancer qui évoluent sans grand fracas et peuvent être si facilement méconnues si l'on n'est pas quelque peu prévenu.

Loin de nous la pensée de prétendre que le cancer de l'estomac peut et doit toujours et partout être diagnostiqué.

Il est assurément des cas où le cancer évolue sans aucun signe clinique et où la lésion que l'on constate avec surprise à l'autopsie ne pouvait même être soupçonnée pendant la vie : c'est une véritable trouvaille d'autopsie et dans ces cas le cancer était absolument caché. C'est la *forme latente* proprement dite (latere), forme qui n'a pas d'intérêt au point de vue clinique.

A côté de ces cas latents, exceptionnels, il faut bien le dire, il en est d'autres où le cancer de l'estomac se traduit à la vérité par quelques signes qui lui sont propres mais qui, souvent même après un examen approfondi du malade, font faire au médecin un tout autre diagnostic que celui de la lésion véritable, et cette forme que nous appellerons la *forme larvée* revêt le masque (induit larvam) de diverses affections ayant quelque signe commun avec la lésion stomacale. C'est ainsi que nous citerons maintes observations de cancer de l'estomac pris pour une cirrhose, pour une péritonite bacillaire, pour un anévrysme de l'aorte, etc....

Enfin, bien souvent, le caneer se traduit au point de vue clinique par un ou plusieurs signes qui sont ordinairement suffisants pour permettre au praticien de soupçonner toujours, dans certains cas d'affirmer le diagnostic. Les symptômes du cancer sont atténués, c'est la *forme fruste* de la lésion.

Nous allons donc décrire une forme latente, une forme larvée et une forme fruste du cancer de l'estomac, publiant à l'appui les observations les plus caractéristiques que nous avons pu trouver, et nous verrons ensuite quelle *valeur séméiologique* il convient d'accorder aux signes par lesquels se révèlent ordinairement ces formes anormales.

Enfin nous nous demanderons pourquoi le cancer de l'estomac ne revêt pas toujours la même allure clinique, autrement dit nous rechercherons s'il est possible d'expliquer d'une manière satisfaisante la *pathogénie* des formes précédentes.

Tel sera le plan général de notre travail qui nous paraît suffisamment justifié, car, dans presque toutes les observations que nous apportons dans cette thèse, ou bien il y a eu erreur de diagnostic, l'on a pris le cancer pour une maladie toute différente, ou il n'y a pas eu de diagnostic du tout.

CHAPITRE PREMIER

DU CANCER LATENT DE L'ESTOMAC

« Il convient d'éliminer avant tout un certain nombre de cas dans lesquels la lésion est ignorée jusqu'à l'autopsie pour la raison qu'elle ne produit absolument aucun symptôme. » (1).

Il existe en effet, nous l'avons dit, une forme latente du cancer de l'estomac où la lésion est absolument cachée, non seulement pour le médecin, mais encore pour le malade, et qui n'est révélée qu'à l'autopsie.

« Le cancer de l'estomac, disait Valleix, peut être latent pendant un temps plus ou moins long, ainsi que le cancer des autres organes, » comme le fut en particulier ce cancer de la vessie trouvé il y a quelques mois dans le service du Dr Brault à l'autopsie d'un malade qui n'avait de son vivant présenté aucun des signes habituels de cette affection, et dont l'observation est consignée tout au long *in Th.* Lafon, juillet 1898.

Dans les quelques observations citées ci-dessous, le cancer n'avait donné lieu pendant la vie à aucun signe

1. Jaccoud. *Pathol. int.* II p. 787.

qui pût mettre sur la voie du diagnostic exact; le malade lui-même n'en avait nullement souffert, et il mourait, soit qu'il fût brusquement emporté par un traumatisme ou par une affection intercurrente (*pneumonie*, Obs. II et III, *apoplexie*, Obs. I), soit qu'il succombât aux progrès d'une affection chronique (*tub. pulmonaire*, *cardiopathie* Obs. V), soit enfin que la mort survint par une *péritonite* (Obs. VII) ou une *hématémèse* foudroyante (Obs. VIII) ou encore par *pyémie* (Obs. IV), seul symptôme, et symptôme terminal, de l'affection gastrique.

Quelques-unes de ces observations sont bien vieilles, et il convient au préalable de faire des réserves, à la fois sur la nature véritable des lésions décrites, pour lesquelles a manqué parfois l'examen microscopique de la tumeur, et aussi sur la latence véritable du cancer, à une époque où l'on n'avait pas les nombreux moyens de diagnostic que nous possédons aujourd'hui et qui ont puissamment éclairé la symptomatologie de cette affection parfois encore si obscure.

Observation I

In B. Soc. Anat. 1854.

Cancer latent. Mort par apoplexie foudroyante.

M. Perrin présente l'estomac d'un ancien militaire mort d'une apoplexie foudroyante à l'infirmerie des Invalides. Cet homme jouissait du'ne assez bonne santé, il avait seulement la diarrhée depuis longtemps.

A l'autopsie, tumeur pylorique, plaquée sur la face externe

de l'estomac et la face supérieur du côlon, adhérente à ces deux organes ; à l'ouverture, champignon encéphaloïde de la grande courbure.

Fistule gastro-colique. Orifices libres.

Observation II

In Debove et Rémond (Mal. est).

Homme vigoureux, alcoolique, mourut d'une pneumonie du sommet.

Il n'avait jamais eu aucun signe de cancer, et à l'autopsie, voulumineux cancer ulcéré.

Observation III

Bouveret (*T. des mal. de l'estomac*).

Une jeune femme de 29 ans vient mourir dans mon service de broncho-pneumonie; avant cette maladie, elle n'avait jamais eu de troubles gastriques; d'ailleurs elle n'était nullement amaigrie.

A l'autopsie, squirrhe en nappe, comme la moitié de la main, sur la paroi antérieure de l'estomac.

Observation IV

In B. Soc. Anat. (juin 1896).

Cancer latent. Emphysème pulmonaire. Mort par pyémie streptococcique (Deguy).

Homme, 71 ans, entre à l'hôpital Laënnec, service du Dr Gingeot, le 14 mai 1896, pour troubles dypnéiques. Il a depuis

quelque temps des douleurs vagues dans tout le thorax et comme une sensation de barre épigastrique sans point douloureux fixe.

Ni vomissements, ni hématémèses. Constipation assez marquée. Peu d'appétit, mais pas de dégoût pour les aliments.

Lésions d'emphysème pulmonaire et bronchite à l'auscultation. Température élevée.

Le 17. — Douleurs vives dans le côté droit, vomissements verdâtres, porracés : le surveillant dit que ces vomissements avaient un aspect louche comme du pus.

On songe à une vomique. Matité à la base droite. Une ponction exploratrice ramène du liquide séro-purulent louche (streptocoques).

Mort le soir.

Autopsie. — Un peu de liquide louche dans la plèvre doite Emphysème pulmonaire.

Epithélioma cylindrique sur la face postérieure de l'estomac, du volume d'une petite noix.

On trouve de petites quantités de liquide louche dans le péritoine et l'arrière-cavité des épiploons.

Observation V.

In Th. Loizeaux 1875.

Cancer latent et cardiopathie.

Femme, 78 ans, observée par Vulpian en décembre 1867 pour toux et faiblesse générale.

Rentre le 12 février 1868 jours : frissons, toux, diarrhée, quelques nausées. Perte d'appétit, langue sale, point de côté à droite. Fièvre. Suite de bronchite avec emphysème.

Sort le 4 mars.

Rentre un an après (1869). Diarrhée depuis un mois, céphalées, toux.

13 mars. — Œdème des membres inférieurs. Dyspnée.

14 mars. — Œdème des bras. L'œdème des jambes remonte à 30 ans, mais disparaissait par le repos.

Palpitations depuis 20 ans. Dyspnée depuis 2 mois. Souffle d'insuffisance mitrale. Arythmie.

Autopsie. — Le 8 juillet.

2 litres de liquide dans la plèvre.

Endocardite chronique mitrale et tricuspide.

Cancer de la petite courbure, deux ulcérations.

Cancer du cœcum.

Observation VI.

In J. des sc. méd. Lille (janv. 1896).

Cancer latent. Cirrhose cliniquement évidente.

Homme, 57 ans, entré 14 mai 1895.

Pas d'antécédents alcooliques ; pas de troubles gastriques ni vomissements, ni constipation.

Depuis un mois, diminution de l'appétit, sans dégoût pour la viande.

Perte des forces, amaigrissement rapide depuis 3 semaines. En même temps, le ventre grossit, l'œdème apparaît aux membres inférieurs. Œdème des bourses.

Ni épistaxis, ni melœna.

Ascite et circulation collatérale sus-ombilicale.

Rate grosse. Urines courtes et foncées.

15 mai. — Ponction : 7 litres 1/2 liquide citrin.

L'épanchement se reproduit rapidement et nécessite 6 ponctions qui ont ramené suivant le cas 9 à 12 litres de liquide.

Dès juillet, le malade décline rapldement.

16. — Hoquet discontinu qui dura jusqu'au 19.

Mort le 19 dans le marasme,

Autopsie. — Foie 1050 gr., cirrhotique.

Rate 350 gr.

Carcinome végétant encéphaloïde de la petite courbure 13 c. transv. x 8 c. 1/2 long. Orifices libres.

Observation VII

In Med Record New York, 1875.

Cancer latent. Mort par péritonite.

Homme, 46 ans, n'avait jamais eu aucun trouble gastrique et se livrait à des travaux pénibles sans fatigue.

Fut pris brusquement de péritonite.

Mort en 2 jours.

Autopsie. — Lésions de péritonite récente.

Sur la paroi antérieure de l'estomac, ulcération cancéreuse comme 10 cent. à l'emporte-pièce.

Observation VIII

In Bul. Soc. Chir., août 1852.

Cancer latent. Mort par hématémèse.

Un convalescent de rhumatisme articulaire aigu était sur le point de quitter l'asile de Vincennes quand il eut tout à coup une hématémèse et mourut.

A l'autopsie, cancer de la petite courbure, noyaux secondaires dans le foie.

Dans les Obs. V et VI, il y avait coexistence d'un cancer latent de l'estomac et d'une autre affection également cachectisante (cirrhose hépatique, cardiopathie) et cliniquement évidente. Le cancer ne s'est traduit par aucun signe local objectif ou subjectif; l'autre affection au contraire s'est révélée manifestement par des symptômes physiques et fonctionnels qui l'ont fait facilement diagnostiquer.

Quant aux signes généraux, la cachexie, etc., ils paraissent avoir été en partie le fait du cancer, car dans l'obs. VI, l'évolution de la cirrhose n'a duré que 3 mois, et comme le malade n'a jamais présenté ni fièvre, ni complication viscérale qui pût faire penser à une « *cirrhose à marche aiguë* », il s'agit là, selon l'expression de M. Bosquier, d'une « *cirrhose abrégée* » par la coexistence de la lésion gastrique.

Dans ces cas, l'on trouve à l'amphithéâtre la maladie diagnostiquée pendant la vie, et de plus, un cancer stomacal à la présence duquel on ne s'attendait guère.

Dans quelques observations le néoplasme n'était pas encore parvenu à un stade assez avancé de son évolution pour se traduire par ses signes habituels, mais l'on a noté plusieurs fois l'ulcération de la tumeur, et même (Obs. I) sa propagation au colon avec production de fistule gastro-colique.

Le cancer latent de l'estomac peut être secondaire (Jaccoud), mais c'est lui le plus souvent, toujours même

si l'on en croit Lebert, la lésion cancéreuse primitive, donnant lieu parfois à d'autres manifestations secondaires, fréquemment à des métastases hépatiques (Obs. VIII), pleuro-pulmonaires ou péricardiques (1), vertébrales (Obs. IX), cérébrales (Obs. X), à des propagations péritonéales, lésions qui pourront se manifester par des signes très accusés et qui absorberont toute l'attention du praticien.

Observation IX

Bouveret (*Mal. de l'estomac*).

Cancer latent de l'estomac. Cancer secondaire du sacrum.

Une femme entre dans mon service, se plaignant seulement de vives douleurs dans la jambe gauche.

Elle n'accusait aucun trouble digestif et son état général était satisfaisant. Elle avait une tumeur pelvienne que je crus être un cancer primitif du sacrum.

Trois mois après, elle mourut profondément cachectique.

A l'autopsie, cancer non ulcéré de l'estomac, métastase récente dans le foie, et tumeur secondaire intéressant le sacrum et l'os iliaque.

Observation X

In B. Soc. Anat. 1881.

Cancer latent de l'estomac. Tumeur secondaire du foie et du cerveau (Mathieu).

Homme, 61 ans, entre le 11 janvier 1881.

Malade depuis quatre mois, diarrhée abondante.

1. *Bull. Soc. Anat.* 1876. Mossé.

Membre supérieur droit paralysé depuis trois semaines.

Membre inférieur droit depuis dix jours et aphasie.

Un peu de paralysie faciale à droite.

Aphasie.

Mort le 18 janvier.

Autopsie. — Deux ulcérations du pylore comme 5 fr. Masse ganglionnaire rétro-stomacale, adhérente.

Foie. — Deux tumeurs secondaires.

Cerveau. — Tumeur secondaire à la partie supérieure des circonvolutions pariétales et frontale ascendante gauche.

Dans l'observation suivante, il y avait à la fois cancer de l'utérus et de l'estomac, kystes hydatiques multiples du foie, de la rate, etc. et l'on conçoit parfaitement que la lésion gastrique ait pu passer inaperçue dans le tableau général.

Observation XI

In B. Soc. Anat., 1889.

Cancer latent de l'estomac. Cancer de l'utérus diagnostiqué. Kystes hydatiques multiples (Thiéry).

Femme, 45 ans, ayant été ponctionnée il y a 11 ans par Verneuil pour kyste hydatique du foie.

Elle présente un état grave : amaigrissement, anémie, coloration qui tient de la teinte anémique et de la teinte jaune paille.

Dyspnée. Constipation opiniâtre. Pas de vomissement.

Autopsie. — 6 litres d'ascite.

2 kystes hydatiques du foie. Kyste de la rate, kystes du bassin, de l'épiploon.

Coexistence d'un carcinome stomacal et d'un épithélioma utérin.

Les cas de cancer latent publiés ne sont pas fréquents mais le nombre en serait assurément bien plus grand si à toute autopsie l'on examinait systématiquement l'estomac, et si l'on songe d'autre part un seul instant à tous les cas qui passent inaperçus hors des hôpitaux.

Néanmoins nous nous garderons bien d'insister outre mesure sur ces faits qui ne présentent guère d'autre intérêt que celui de la curiosité, puisqu'on ne pouvait pas en faire le diagnostic *ante mortem*, et nous nous bornerons aux quelques observations que nous venons d'exposer.

CHAPITRE II

LE CANCER A FORME LARVÉE

Le cancer à forme larvée revêt la physionomie de maladies très différentes ; la lésion gastrique se traduit seulement par un ou plusieurs symptômes qui lui sont communs avec une autre affection que l'on croit être la véritable. Ces symptômes donnent le change au praticien dans des conditions telles que parfois l'erreur de diagnostic non seulement est excusable, mais ne pouvait guère être évitée :

Des *vomissements* survenant chez une femme enceinte feront penser aux vomissements incoercibles de la grossesse.

Des *hématémèses* de sang rouge avec douleur violente seront mises sur le compte d'un ulcère.

L'ascite, avec quelques phénomènes dyspeptiques et des antécédents alcooliques, pourra faire croire à une cirrhose du foie, ou, si l'on suspecte la tuberculose, à une péritonite bacillaire.

L'*œdème* des membres inférieurs, *l'anasarque*, ne saurait guère en imposer pour une lésion du cœur ou des

reins, grâce aux renseignements obtenus par l'auscultation et l'analyse des urines.

La *cachexie cancéreuse* a pu être prise par Broussais pour une cachexie palustre, et, dans certains cas, elle simulera une anémie pernicieuse progressive.

La *tumeur* a fait commettre plusieurs erreurs de diagnostic : on l'a prise tantôt pour des matières fécales, tantôt pour un anévrysme de l'aorte parce qu'elle était animée de battements.

Enfin l'*ictère* survenant dans l'évolution du néoplasme, par propagation aux conduits biliaires, pourra simuler l'ictère calculeux ou l'ictère résultant d'un cancer du pancréas ou des voies biliaires.

Nous avons rassemblé dans ce chapitre quelques faits intéressants de cancer ayant donné lieu à diverses méprises, et nous rangerons ces observations en 2 groupes, selon que les affections simulées par la gastrocarcinie intéressent le tube digestif ou lui sont complètement étrangères.

A. — Cancer stomacal simulant une affection du tube digestif.

1° *Dyspepsies, ulcère de l'estomac.* — Nous ne ferons que signaler la confusion possible entre ce qu'on a appelé la forme dyspeptique du cancer et certaines affections gastriques, entre autres le catarrhe chronique et la forme grave de la dyspepsie nerveuse; le diagnostic en est fait dans tous les traités classiques.

Les faits de cancer pris pour un ulcère simple sont fréquents, nous en citerons une seule observation, due à M. Debove, doublement intéressante, car le malade était âgé de 19 ans.

OBSERVATION XII

Soc. Méd. hôp. 22 nov. 1889.

Cancer de l'estomac pris pour un ulcère (Debove).

Homme, 19 ans, garçon marchand de vin, a fait des excès alcooliques.

Il y a 5 ou 6 mois, douleurs vagues épigastriques, qui ne l'empêchèrent pas de travailler.

Il y a 3 mois, fut pris brusquement d'une hématémèse abondante qui le fit entrer à l'Hôtel-Dieu (on inscrit sur sa feuille gastrite ulcéreuse).

Appétit conservé, ni vomissements ni amaigrissement. Un mois après, 24 juillet, douleurs épigastriques ; il entre dans mon service.

Apyrexie, état général excellent.

12 août. — Hématémèse abondante et melœna, pendant 3 jours, amenant une anémie extrême avec syncopes.

14. — Ascite, qui augmente progressivement jusqu'à la mort, le 21, par syncope. Le diagnostic est alors suspecté.

Autopsie. — 8 litres d'ascite ; liquide citrin.

Cancer ulcéré de la petite courbure. Orifices libres. Envahissement du foie, rate, épiploon.

2° *Vomissements incoercibles.* — Actuellement l'on admet que les véritables vomissements incoercibles sont

dus à la toxémie gravidique résultant de l'élimination incomplète de produits toxiques par l'urine. Mais des vomissements peuvent survenir pendant la grossesse par le fait de diverses affections, et il importe d'en trouver la cause. Il faudra en particulier penser à la possibilité d'un cancer gastrique. L'examen attentif de l'estomac et des matières vomies pourra mettre sur la voie du diagnostic, il faudra rechercher également si les vomissements sont antérieurs à la grossesse, et ne pas se laisser influencer par l'âge de la femme, car M. Marc Mathieu, dans sa thèse sur le cancer précoce (1) en rapporte 4 observations chez des femmes enceintes de 25, 26, 27 et 33 ans.

3° *Obstruction intestinale.* — L'observation suivante de cancer stomacal présentée par M. Landouzy à la société anatomique, simulait une obstruction intestinale. L'appétit était conservé, il n'y avait ni douleurs, ni hématémèses, ni cachexie, bref tous les signes habituels du cancer faisaient défaut, sauf la tumeur, mais, à cause de l'âge du malade (17 ans), de l'évolution rapide de la maladie (2 mois 1/2), des vomissements fréquents, de la constipation opiniâtre, l'on pensa à une obstruction de l'intestin par des masses fécales durcies et accumulées dans le colon transverse, et l'on s'apprêtait à faire une laparatomie quand le malade mourut.

1. Th. Marc Mathieu. Lyon, 1883-1884.

Observation XIII

In B. Soc. Anat. 1875.

Cancer stomacal simulant une obstruction intestinale.

Garçon, 17 ans 1/2, entre fin décembre 1872 à Beaujon pour vomissements.

Il y a deux mois, sans cause connue, sans excès, il vomit sept heures après avoir mangé comme de coutume. A partir de ce jour, il peut à peine prendre quelque chose sans le vomir ; les vomissements purement alimentaires ne sont ni précédés ni suivis de douleurs.

Il continue à travailler jusqu'au jour où, perdant ses forces et son embonpoint, il entre à l'hôpital.

Il est d'une maigreur excesive, pâle. Le ventre est rétracté, palpation indolore. La percussion donne de la sonorité partout, sauf à l'épigastre sur le colon transverse. On sent sur le trajet du colon transverse, descendant, et dans la fosse iliaque gauche, des masses dures, indolores, qui donnent à la main la sensation de masses fécales agglomérées.

Lavement purgatif, quelques masses se déplacent et disparaissent. Scybales dans les selles.

Mais il reste à droite et en haut de l'ombilic sur le trajet du colon une masse dure, mate, peu douloureuse, que la main ne peut ni déplacer ni fragmenter.

Tout aliment ingéré est vomi, un laps de temps variable après le repas. Pas de selles.

Langue sèche, soif, appétit conservé. Apyrexie.

Des douches d'eau simple, puis d'eau de seltz semblent déplacer la tumeur.

Le malade s'affaiblit et demande à manger malgré les vomissements. L'on songe alors à ouvrir l'abdomen pour rechercher la cause de l'obstruction intestinale que l'on croit dûe à l'accumulation des matières fécales condensées et durcies, quand le malade meurt.

Autopsie. — Tumeur pylorique ; orifice fortement rétréci et sinueux. Dilatation stomacale.

4° *Rétrécissement de l'œsophage.* — Chez une jeune femme ayant eu la syphilis 6 ans auparavant, atteinte de douleurs avec régurgitations, la soude œsophagienne arrêtée à la fin de l'œsophage fait diagnostiquer un rétrécissement du cardia de nature syphilitique, et l'autopsie montre une infiltration cancéreuse de tout l'estomac dont les parois sont très atrophiées et indurées.

Observation XIV

In Méd. Mod., 29 juillet 1896.
Infiltration cancéreuse de l'estomac simulant un rétrécissement du cardia (Hirtz et Lesné).

Femme, 19 ans, ayant eu à 13 ans la syphilis.

A maigri depuis 2 ans.

En octobre 1895, vives douleurs épigastriques exaspérées par l'ingestion des aliments laquelle est immédiatement suivie de régurgitations ; les matières rendues ne renferment pas de sang.

Teint pâle, amaigrissement marqué. Syphilides pigmentaires au cou.

Le cathétérisme montre un arrêt de la sonde au niveau du cardia, l'on diagnostique : Rétrécissement syphilitique de l'œsophage.

Tuberculose pulmonaire qui évolue rapidement. L'état général s'aggrave de plus en plus.

Mort, 4 février 1896.

Autopsie. — Œsophage normal. Infiltration squirrheuse de l'estomac ; parois épaisses, lardacées.

A l'examen histologique, épithélioma.

5° *Ver solitaire.* — Nous reproduisons, seulement à titre de curiosité, une observation rapportée par Guillemard en 1838 et concernant un cancer stomacal que les médecins traitants prirent pour un ver solitaire, acceptant sans réserves le diagnostic formulé par le malade. Nous nous garderons de faire des commentaires trop faciles sur ce cas où jamais, de l'aveu même de l'auteur, on n'avait constaté la seule preuve qui fût vraiment positive, l'expulsion d'anneaux du ténia incriminé.

Osservation XV

In Mém. méd. chir. et pharm. milit., 1838.
Squirrhe de l'estomac traité pour un ver solitaire.

Soldat, 32 ans, se présente le 3 février 1821 dans l'état suivant : face cuivreuse, légèrement grippée..., lèvres décolorées..., marasme commençant.

Souffrait depuis 10 ans déjà, mais en décembre 1820, douleurs très intenses qui ont été toujours en augmentant sans que l'appétit eût diminué.

Depuis un mois, il ressent à l'épigastre des mouvements brusques qu'il attribue au ver solitaire. En même temps, éprouvait tantôt à l'estomac, tantôt aux hypochondres, une espèce de morsure, de pincement, et à la gorge un sentiment de suffocation.

La fougère mâle amena quelque soulagement.

Mais le 24, vives douleurs à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche, fièvre, prostration, diarrhée ..

Mort le 28e jour de son entrée.

Autopsie. — Squirrhe de l'estomac, infiltration des parois. Pas trace de ver dans le tube digestif.

B. — Cancer stomacal simulant une affection étrangère au tube digestif.

1° — *Cirrhose du foie.* — Devant un malade avouant des antécédents alcooliques nombreux, présentant de l'ascite, une circulation collatérale très développée, des varicosités sur le visage, l'on conçoit que le diagnostic ait pu être porté cirrhose atrophique et que l'on ait méconnu la lésion véritable.

Voici cette observation :

Observation XVI

In Th. Gourmaud. Bordeaux 1888-89.
Cancer de l'estomac pris par une cirrhose atrophique.

X... estmalade depuis un an environ, il est dans un état de cachexie quand il entre à l'hôpital. Ni douleur épigastrique, ni vomissement.

C'est l'ascite qui a ouvert la scène et peu à peu il s'est aperçu que son ventre grossissait.

Le ventre est très volumineux. Fluctuation manifeste. L'ascite empêche de mesurer exactement les dimensions du foie, mais la présence d'un réseau veineux très abondant sur l'abdomen, les varicosités du visage, les excès alcooliques nombreux avoués par le malade, tout nous porte à penser à la cirrhose atrophique.

2 jours après son entrée, dyspnée.

Ponction : 8 litres 1/2 de liquide citrin.

Mais le soir le malade, très soulagé, se croit guéri, se livre à des mouvements bruyants et meurt subitement.

Autopsie. — Carcinome de la petite courbure.

Foie normal, mais une partie de la tumeur comprimait fortement la veine porte au niveau du hile.

La symptomatologie dans la seconde observation a été plus complexe : il s'agit d'un malade qui présentait quelques troubles dyspeptiques coïncidant avec une cachexie rapide. Mais l'on constatait de l'œdème et de l'ascite, un souffle d'insuffisance mitrale et l'on diagnostiqua asystolie ; puis bientôt suspectant le foie l'on modifia le premier dia-

gnostic pour admettre celui de cirrhose. Enfin l'on ponctionna et la sensation vague d'une tumeur fit penser au cancer, sans préciser son siège.

OBSERVATION XVII.

Iu B. Soc. Anat. 1888 (Dagron).

Cancer de l'estomac, pris pour asystolie, puis pour cirrhose,

Homme, 53 ans, entre 16 février 1886.

En janvier s'aperçut que son ventre gonflait, surtout après les repas.

3 semaines après, œdème des jambes qui persiste malgré le repos.

Facies cachectique, téguments pâles. Faiblesse notable, mais bon appétit, pas de vomissements.

Ventre tendu, non douloureux, œdème de la paroi.

Ascite et circulation collatéra les Souffle systolique à lapointe, urines rares, rouge brique.

15 mars. — Ventre douloureux. Vomissements porracés.

20. — Ponction ¦ 6 litres liquide rougeâtre. Sensation vague de tumeur épigastrique.

Cachexie progressive. Mort le 30 mars.

Autopsie — Liquide ascitique hémorrhagique.

Cancer de la grosse tubérosité. Estomac petit.

2° *Péritonite tuberculeuse.* — Le même signe qui a pu tromper le praticien dans les cas précédents, l'ascite, pourra encore l'induire en erreur si les autres symptômes du cancer font défaut et si l'on suspecte d'autre part la tuberculose pulmonaire ou intestinale.

Chez le premier malade dont nous rapportons l'histoire il y avait, en plus de l'ascite et de la cachexie, des signes douteux aux sommets et de la diarrhée, quelques signes pourtant étaient en faveur du cancer : l'âge du malade, les vomissements et la douleur épigastrique.

OBSERVATION XVIII.

In B. Sos. Anat. (Pilliet).

Cancer de l'estomac et généralisation aux lymphatiques péritonéaux simulant une péritonite tub.

Homme, 60 ans, entre 8 février 1888.

Il y a 5 mois s'est aperçu que son ventre grossissait, garde le lit depuis le 21 décembre.

Vomit des glaires le matin (un peu d'éthylisme). Amaigrissement considérable. Teint bronzé.

Ascite moyenne, libre. Léger œdème des jambes.

Matité au sommet droit : pas de caverne.

15 février. — Ascite et œdème augmentent.

18. —Diarrhée ; palpation épigastrique douloureuse.

16 mars. — Œdème marqué surtout à gauche, sans thrombose

22. — Dyspnée. Mort.

Autopsie. — Congestion pulmonaire. Cicatrices au sommet.. Cancer en nappe de l'estomac. Lymphangite péritonéale.

La deuxième observation est plus laconique, mais l'on voit que la même erreur de diagnostic fut commise. Il y avait cette fois des lésions non douteuses de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XIX

In B. Soc. Anat. 1889 (Maurin).

Cancer du pylore. Cancer secondaire du foie et péritonite cancéreuse prise pour une péritonite tuberculeuse à cause de la coexistence de lésions de tuberculose pulmonaire cavitaire.

Enfin, une observation analogue vient d'être publiée récemment comme exemple d'intoxication par le naphtol camphré. Prise pour une péritonite tuberculeuse, la lésion consistait en un cancer de l'estomac propagé au péritoine (1).

3° *Anévrysme de l'aorte abdominale.* — Le diagnostic de l'anévrysme de l'aorte abdominale, écrit Habershon (2), est souvent très obscur. Le signe le plus constant est, d'après lui, la douleur fixe, très violente, se calmant pendant le jour et s'exaspérant la nuit. Quant aux battements de la tumeur anévrysmale, il ne faut pas trop s'y fier, car il y a de nombreuses causes d'erreur et la plus grande proportion des tumeurs pulsatiles ne sont pas des anévrysmes. L'aorte peut communiquer ses battements aux tumeurs du foie, du pancréas, des ganglions lymphatiques, et en particulier aux tumeurs cancéreuses de l'estomac.

M. Chesnel, dans sa thèse sur le cancer latent (3) M. Marc Mathieu *(loc. cit.)* ont rapporté chacun une

1. *In* Soc. méd. Toulouse. Août 1898.
2. *In Guy's hosp. Reports*, 1871.
3. Th. Chesnel. Paris 1877.

observation de cancer stomacal que l'on a pris pour un anévrysme de l'aorte (1). En voici une troisième :

Observation XX

In J. méd. Bordeaux. Octobre 1897.

M. Labat présente à la Société d'anatomie et physiologie de Bordeaux un estomac cancéreux provenant d'un homme de 50 ans, soigné depuis un mois et n'ayant présenté aucun des signes que les auteurs décrivent ordinairement.

Ni douleur, ni hématémèses, ni vomissements.

A la palpation de la région pylorique, masse assez volumineuse, de consistance assez dure, qui avait semblé animée de battements et qui pour cette raison fut prise pour un anévrysme de l'aorte.

C'est seulement à l'autopsie que l'on a trouvé un volumineux cancer du pylore (squarrhe encéphaloïde).

4° *Cardiopathie.* — Dans un cas présenté par le Dr Norman Moore à la *Pathological Society* de Londres (2), aucun signe n'attirait l'attention du côté de l'estomac. De plus, la malade avait 13 ans, présentait une grande faiblesse et de l'anasarque, et, trouvant quelques signes suspects du côté du cœur, l'on diagnostiqua « détresse cardiaque », et l'autopsie vint seule révéler la nature cancéreuse de la lésion.

1. B. Soc. Anat. 1853. *New-York med.* J. 1880.
2. *In Medical Times*, 1884.

5° *Ictère infectieux. Cancer du pancréas ou des voies biliaires.* — M. Jasienski a réuni dans sa thèse (1) quatre observations de cancer de la région pylorique dont la symptomalogie avait revêtu l'allure d'un ictère par rétention, et où l'on avait diagnostiqué, tantôt ictère infectieux bénin, tantôt ictère par néoplasme des voies biliaires ou de la tête du pancréas.

Le syndrome habituel de cette dernière affection existait bien en effet dans l'observation qui va suivre (ictère chronique, grosse vésicule, foie et rate peu développés, cachexie).

Observation XXI

In B. soc. Anat. déc. 1894.
Cancer du pylore. Cancer secondaire de la tête du pancréas. Ictère chronique (Flœrsheim).

Homme, 36 ans, entre le 2 novembre 1894 à Necker, service du Dr Huchard.

Il y a cinq mois, anorexie, diarrhée abondante, rebelle. 3 mois après, ictère assez intense. Le malade fut alors traité par le professeur Grasset à Montpellier pour ictère catarrhal.

Il retravaille jusqu'à ce que, affaibli, il entre à Necker.

Ictère très foncé. Langue sale, anorexie, vomissements, constipation ; matières décolorées, fétides.

Foie douloureux, un peu gros.

Rate non hypertrophiée.

1. Th. Jasienski, Paris, 1894-95.

Cœur. Léger souffle systolique, 100 pulsations.

Urines foncées, ictériques.

Prurit. Insomnie, céphalalgie.

L'on diagnostique : ictère infectieux bénin, à forme prolongée coli-bacillaire.

6 novembre. — même état.

12 novembre. — Etat général mauvais. Signes de cachexie.

L'on diagnostique cette fois: Cancer primitif des voies biliaires ou de la tête du pancréas.

Vomissements rebelles. Mort le 15 novembre.

Autopsie. — Estomac très dilaté. Cancer du pylore, dont l'orifice est très dilaté. Dans l'anse duodénale, deuxième tumeur adhérente à la précédente, comprenant la tête du pancréas.

Vésicule biliaire très grosse.

6° *Cancer primitif du foie.* — Dans les observations rapportées par M. Jasienski, le néoplasme stomacal s'est propagé directement au pancréas ou aux voies biliaires, amenant leur dégénérescence épthéliomateuse et consécutivement l'ictère.

Dans l'observation suivante, au contraire, il y avait seulement compression des canaux biliaires par des ganglions hypertrophiés, et l'on conclut à un cancer primitif du foie.

M. Mathieu a rapporté l'observation d'un homme de 33 ans où la lésion gastrique avait déterminé un cancer secondaire du foie, lequel fut pris également pour un cancer primitif.

Observation XXII

In Guy's hospital Reports, 1871.

Cancer du pylore pris pour un cancer primitif du foie. Compression des canaux biliaires par des ganglions.

Homme, 45 ans, 25 août 1869.

En juillet 1869, *anorexie.*, douleurs vers le sternum et entre les épaules, surtout après les repas. *Douleur fixe du côté gauche*, s'étendant progressivement à droite. 15 jours après, *ictère* survint et angmenta jusqu'à son entrée.

Le malade présentait une courbure antéro-postérieure très accusée de la colonne vertébrale, déterminant la rétractio ndu ventre.

Quelques nausées. Vomissements très rares.

23 septembre. — L'on croit sentir quelques noyaux cancéreux hépatiques, mais on ne peut palper profondément à cause de la rétraction de l'abdomen.

Constipation, selles pâles. Urines ictériques. L'amaigrissement augmente, la douleur persiste et le malade se cachectise de plus en plus.

Mort le 1er octobre.

Autopsie. — Ulcération cancéreuse étendue près du pylore, Pas de noyaux dans le foie, mais quelques ganglions hypertrophiés avaient comprimé les canaux biliaires.

1° *Kyste hydatique du foie.* — Dans les cas de ce genre, le cancer de l'estomac se traduit par des signes cliniques assez obscurs, mais détermine des lésions secondaires

très accusées qui concentrent toute l'attention du médecin et lui masquent la lésion primitive.

Dans l'observation qui suit, un épithélioma stomacal (méconnu) détermina un énorme cancer secondaire du foie qui fut pris lui-même pour un kyste hydatique, et cependant l'auteur avoue que le diagnostic était possible en se basant sur l'évolution rapide (5 semaines), l'augmentation considérable et général de la tumeur, la consistance mollasse, et les quelques cellules cylindriques trouvées dans le liquide ramené par ponction exploratrice.

Observation XXIII

In B. soc. Anat. novembre 1892.
Cancer de l'estomac. Cancer secondaire du foie pris pour un kyste hydatique (Collinet).

Femme, 35 ans, entre le 21 octobre 1892 à Bichat.

Il y a un mois, douleurs abdominales se propageant aux épaules, alternatives de diarrhée et constipation.

Anorexie absolue, pas de vomissements.

Depuis 20 jours, garde le lit. Douleurs très fortes surtout dans le flanc droit.

Oppression. Constipation opiniâtre.

Les yeux sont excavés, les narines pincées. Pas d'amaigrissement ni teinte spéciale de la peau.

Abdomen ballonné, palpation épigastrique douloureuse. Empâtement et tumeur épigastrique. Matité épigastrique et dans l'espace de Traube. La matité hépatique débute à la 3e côte et descend à la crête iliaque.

Portion inférieure mate en arrière du poumon droit. *L'on pense à un kyste hydatique du foie*, la malade refuse l'opération.

1er novembre. — Les signes augmentent. Ponction dans la plèvre droite ramène un liquide sanglant avec grumeaux. De même dans la tumeur épigastrique.

3 novembre.— Subictère des conjonctives. Langue sèche. Vomissements. Facies abdominal. Mort.

Autopsie. — 5 litres de liquide abdominal.

Foie énorme, bosselé, dont l'extrémité gauche formait la tumeur épigastrique. Poids 4880 gr. Il est farci de noyaux cancéreux.

Epithélioma stomacal peu ulcéré de la petite courbure. Propagation à l'épiploon gastro-hépatique.

3° *Cachexie palustre.* — Le fait suivant concerne un malade examiné par Broussais lequel, vu les antécédents et le peu de signes gastriques, posa le diagnostic de cachexie avec ascite, suite de dysentérie et paludisme.

Observation XXIV.

In B. Soc. Anat. 1844.
Cancer du pylore. Diagnostic : Cachexie palustre.

Soldat, 32ans, ayant eu la dysentérie en Afrique et des fièvres intermittentes, arrive au Val-de-Grâce dans un état de débilitation très grande : teint jaune paille, facies d'un homme épuisé par de longues souffrances ou par une lésion organique grave. Pas de douleurs.

Ascite. Pas d'œdème.

Des diurétiques font résorber l'épanchement : on trouve alors le foie dur et volumineux.

Il existe à la région gastrique un *phénomène d'ondulation* qui indique la difficulté qu'éprouvent les matières à passer de l'estomac dans l'intestin.

Douleurs épigastriques. Vomissement noir.

Mort.

Autopsie. — Cancer ulcéré du pylore. Nombreux noyaux dans le foie.

Nous relevons dans cette observation un point intéressant, c'est le phénomène d'ondulation de la paroi abdominale sur la valeur duquel M. Hayem insistera plus tard.

Nous aurions pu multiplier les observations de ce genre ; nous nous sommes borné aux plus typiques que nous ayons rencontrées. Elles renferment chacune leur enseignement et il importe de bien connaître ces formes larvées afin de ne pas se laisser prendre aux erreurs de diagnostic signalées plus haut.

Il faut donc penser au cancer de l'estomac dans les affections douteuses de l'abdomen, surtout quand elles s'accompagnent de cachexie progressive associée à quelques troubles digestifs.

Il faudra rechercher les autres signes de la gastrocarcinie et la suspecter particulièrement dans les cas où la symptomatologie de la maladie diagnostiquée ne satisfait pas totalement l'esprit du praticien, toutes les fois que l'on ne trouve pas une cause suffisante à la cachexie et aux signes généraux, toutes les fois en un mot qu'il y

a *discordance entre la gravité de l'état général et le peu d'intensité des signes* de la lésion supposée.

Dans certains cas de cachexie dont la cause n'est pas nettement établie, l'on devra compter avec le cancer de l'estomac et diriger dans ce sens l'examen du malade, explorant la région épigastrique, faisant usage des divers moyens de diagnostic que nous possédons à cet égard. Chesnel recommandait d'examiner l'estomac de tous les cachectiques, du moins, dirons-nous, l'estomac de ceux dont la cachexie ne semble pas suffisamment expliquée par les lésions constatées.

Nous verrons dans le chapitre IV quelle valeur séméiologique il convient d'attribuer aux divers symptômes par lesquels se traduit dans ces cas la lésion cancéreuse.

Pour ce qui est de l'*âge*, nous pouvons dès maintenant faire cette remarque importante, c'est que, dans nos 14 obs., sept fois les malades avaient de 13 à 35 ans; dans 2 cas, l'âge n'est pas indiqué.

A côté, ou plutôt en face de ces formes larvées du cancer de l'estomac, nous devons signaler les cas où l'erreur inverse a été commise, où l'on a pris pour un cancer des maladies toutes différentes. « Diagnostiquer à tort, en clinique, un cancer de l'estomac est une faute tellement courante qu'il n'y a pas lieu d'insister, » écrit M. Letulle, (1) et il rapporte l'observation de deux malades classés « cancer stomacal avec tumeur épigastrique, » chez lesquels il s'agissait en réalité d'ulcère pylorique.

Mais nous ne décrirons pas ces nouvelles causes d'er-

1. *in Presse Méd.* 1896.

reur qui d'ailleurs ne rentrent plus dans notre sujet : *Non est hic locus*. Sans parler de l'exemple historique de Claude Bernard qui mourut d'accidents urémiques ayant simulé pendant plusieurs mois un cancer de l'estomac, il serait facile de décrire tous les cas de gastrites ou dyspepsies neurasthéniques, urémiques et autres simulant la gastrocarcinie, et toutes ces affections que Dujardin-Baumetz appelait les *faux cancers*.

Bornons-nous à citer deux faits que nous avons observés nous-même pendant notre externat et qui nous ont alors beaucoup frappé :

Dans la première observation, publiée par notre interne Deguy, il s'agissait d'un malade soigné dans le service de M. Gingeot et pour lequel un médecin de la ville avait fait le diagnostic de cancer stomacal. L'on verra qu'il s'agissait en réalité d'une gastrite urémique et qu'un traitement bien dirigé put remettre rapidement sur pied ce malade.

Observation XXV

In J. des Prat., 16 janvier 1897.
Gastrite urémique simulant le cancer stomacal.

Homme, 72 ans, dont la santé, toujours excellente, n'a commencé à faiblir que vers l'âge de 47 ans. Ayant fait quelques excès d'alcool, il commença à cette époque à ressentir des troubles digestifs : douleurs d'abord peu intenses qui, plus tard, devinrent vives et se localisèrent au creux épigastrique ; vomissements alimentaires et muqueux, avec pyrosis.

D'autre part, dyspnée assez marquée avec sensation de barre transversale au niveau de la poitrine. Fréquemment crampes dans les mollets, parfois des épistaxis, pas de céphalée.

Il avait noté déjà un peu de polyurie, il se relevait souvent la nuit pour uriner. Parfois le soir, œdème prétibial.

Tous ces signes s'aggravèrent peu à peu.

Les vomissements se répétèrent. Il y a quatre ans, le malade eut des mélœna, *constatés par un médecin qui diagnostiqua un néoplasme stomacal*, diagnostic paraissant d'autant plus vraisemblable que la mère du malade était morte d'un cancer du pylore.

Cependant les melœna ne se sont pas reproduits. Les vomissements devinrent plus fréquents, glaireux et abondants : depuis un an ils se répètent tous les jours et, au dire du malade, avec une fixité remarquable, toutes les après-midi, entre quatre et cinq heures, quelquefois précédés de hoquet.

L'anorexie et l'amaigrissement augmentant sans cesse, le malade entre à l'hôpital.

Malade très amaigri, teint pâle et terreux, cachexie artérielle, sans coloration jaune paille.

Les mains sont agitées d'un tremblement continu.

Douleur stomacale vive à la palpation, mais celle-ci ne révèle pas de tumeur. Pas d'adénopathie.

Artères athéromateuses.

Urines rares, un peu d'albumine : le malade a remarqué que lors de la diminution de ses urines, les crises gastriques et la dyspnée augmentent.

Dyspnée intense, presque *sine materia*.

Tachycardie. Bruit de galop du cœur gauche.

Léger degré de myosis.

Constipation opiniâtre, sans diarrhée.

On diagnostique : gastrite urémique.

Traitement. — Purgatif, lait, alcalins, pilules Lancereaux.

Les jours suivant, diurèse. Cessation des vomissements et de la douleur.

L'amélioration est rapide, le malade sort le 18 avril, ne présentant plus aucun trouble du côté de l'estomac.

Nous venons d'observer le deuxième malade dans le service de M. Brault. La cachexie fut progressive, l'apathie très marquée, l'anorexie absolue. De plus, il existait un peu de sensibilité épigastrique, des vomissements, une constipation opiniâtre, et, malgré ces signes en faveur d'une néoplasie cancéreuse, l'autopsie ne révéla aucune lésion. L'examen du sang n'a pas été fait, mais il s'agissait vraisemblablement d'une anémie pernicieuse qui présentait le tableau d'un cancer stomacal.

Observation XXVI (personnelle).

Anémie pernicieuse probable simulant le cancer stomacal.

Homme, 48 ans, entre le 12 juillet 1898 à Tenon.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler.

En 1890, fluxion de poitrine.

Quelques habitudes alcooliques.

Depuis 4 mois, lassitude ; pas de douleurs mais quelques crampes d'estomac.

Il y a 2 mois, a eu quelques vomissements alimentaires, puis glaireux, mais seulement quand il se lève

N'a jamais eu d'hématémèses.

Il y a un mois, ictère. Matières décolorées, urines noirâtres. Le malade s'est mis au lait spontanément et tout est bientôt rentré dans l'ordre.

Depuis une quinzaine, le malade, de plus en plus fatigué, souffrant au creux épigastrique, ne pouvait plus travailler.

C'est alors qu'il entre à l'hôpital.

Examen. — Teint cachectique, sans être absolument jaune paille. Apathie, anorexie.

Langue sale. Quelques vomissements quand il se lève.

Constipation opiniâtre.

La palpation de l'abdomen ne révèle qu'un peu de sensibilité au creux épigastrique.

Pas d'adénopathie.

Août. — Le malade est plongé constamment dans une apathie profonde. Il refuse tout traitement.

Vomissements glaireux tous les 2 ou 3 jours.

Il ne se plaint pas, ne demande qu'à rester tranquille. Il ne prend qu'un peu de lait et du thé.

Très constipé, il reste plusieurs jours sans aller à la selle.

Il se cachectise de plus en plus et meurt doucement le 4 septembre 1898.

Autopsie. — Tout le tube digestif, de l'œsophage à l'anus, est exploré avec soin. L'on ne trouve nulle part trace de lésion cancéreuse.

Organes génito-urinaires sains.

Reins 120 et 150 grammes. A la coupe, ils sont blancs, pâles, comme lavés.

Foie 1310 grammes. Aspect normal. Rien à la coupe.

Rate 70 grammes.

Examen histologique, par Poulain, interne du service :

Reins normaux : pas de lésions des glomérules.

Foie normal, quelques cellules en dégénérescence graisseuse au voisinage des espaces portes.

CHAPITRE III

LE CANCER A FORME FRUSTE

Tout le monde connaît le tableau clinique du cancer de l'estomac, du moins du cancer à forme classique, chez un individu de 50 à 60 ans, qui depuis quelque temps a perdu l'appétit et dont les digestions sont devenues plus difficiles, puis douloureuses. Il a maigri, perdu ses forces, son teint est anémié, jaunâtre. Il est très constipé et il a des vomissements glaireux et alimentaires qui bientôt deviennent noirâtres. S'inquiétant de ces troubles digestifs, de cet état cachectique qui augmente de plus en plus le malade ou la famille fait appeler le médecin, et celui-ci, devant ces symptômes, formule un diagnostic que confirme la présence d'une tumeur reconnue à la palpation de l'abdomen.

Oui, le malade dont il s'agit a vraisemblablement un cancer de l'estomac ; vraisemblablement, disons-nous, et en effet que d'erreurs possibles dans l'interprétation de ces symptômes qui tous peuvent se rencontrer dans quelque autre affection ! Et nous venons de voir à la fin du chapitre précédent quelques observations, *ex multis*, de diverses maladies prises pour un cancer stomacal.

Mais, d'autre part, le tableau clinique bien souvent est effacé et bien des points en sont obscurs. Quelques-uns des symptômes habituels existent seuls, et il faut que le clinicien sache s'en contenter pour poser un diagnostic qui, s'il n'est pas absolument certain, a du moins en sa faveur toutes les probabilités.

A combien de surprises s'exposerait en effet le médecin qui ne reconnaîtrait le cancer de l'estomac que là où il verrait réunis tous les signes classiques de cette affection !

La forme que nous avons en vue dans ce chapitre se traduit par quelques signes, quelquefois même par un seul, et ce sont des signes atténués, survenant sans grand fracas, pouvant passer inaperçus à un examen superficiel du malade, et ne déterminant celui-ci à consulter son médecin qu'à cause de leur longue durée et de leur évolution progressive.

Assurément, et nous le répétons, aucun, pris en particulier, n'est vraiment pathognomonique, mais, par le groupement de plusieurs d'entre eux, ils acquièrent une valeur diagnostique en général suffisante pour supposer toujours, affirmer quelquefois la présence d'un néoplasme gastrique.

Quelle est donc la symptomatologie habituelle du cancer de l'estomac à forme fruste ?

Dans la description classique, « certains signes peuvent manquer, disait Peter, mais il en est qui ne manquent jamais : *Anorexie, dyspepsie, dépérissement, cachexie* ». (1)

1. *In Méd. Mod.*, 1893, p. 74.

Chesnel disait déjà en 1878, « *Dyspepsie et cachexie*, voilà les principaux éléments du diagnostic. D'une part, le cri de douleur de l'estomac qui, si faible soit-il, se fait entendre pourtant presque constamment, d'autre part le retentissement de l'affection sur l'état général. »

Nous empruntons d'autre part à Niemeyer (1) le tableau suivant qui caractérise une des formes habituelles du cancer fruste : « On a affaire à des malades d'un âge avancé qui se plaignent d'inappétence, d'un sentiment de pression et de trop-plein à l'épigastre, de renvois et d'autres signes dyspeptiques.

Mais à côté de ces souffrances modérées en somme, on remarque que les malades perdent rapidement leurs forces, qu'ils ont un teint cachectique, jaune sale, enfin qu'un léger œdème se montre autour des malléoles. Si dans ce cas on peut exclure d'autres maladies qui rendraient compte de la cachexie et du marasme, on est en droit de soupçonner qu'il s'agit d'un cancer, même quand il y a absence de vomissement, de douleurs réelles et d'une tumeur caractéristique. »

Nous allons maintenant prendre quelques exemples, et publierons tout d'abord l'observation d'un malade dont nous avons suivi l'évolution dans le service de M. Brault lequel, malgré le peu de signes cliniques, diagnostiqua un cancer de l'estomac qui fut confirmé par l'examen anatomique et histologique.

1. *In T. de Pathol. int. et Thérap.* I p. 625 Trad.

Observation XXVII (personnelle).

Cancer de l'estomac à forme fruste.

Homme, 52 ans, entre salle Bichat, à Tenon le 15 mars 1898.

Pas d'hérédité à signaler.

N'était jamais malade.

Il y a 6 mois, il s'est aperçu que son appétit avait notablement diminué, cependant les aliments ingérés passaient bien. Digestions bonnes, pas de pesanteur après les repas.

En même temps ses forces ont beaucoup diminué, l'amaigrissement a été progressif.

Il a continué à travailler 2 ou 3 mois, puis il a dû cesser à cause de sa faiblesse.

Depuis deux mois, a de temps en temps des vomituritions de liquide glaireux, surtout fréquentes quand il mange de la viande ou du pain. Aussi ne prend-il plus que du lait ou du potage. Pas de vomissements alimentaires.

Jamais de douleurs épigastriques. Selles régulières.

L'indifférence pour les aliments a augmenté, et c'est pour cette anorexie jointe à une grande faiblesse musculaire que le malade entre à l'hôpital.

Le malade est amaigri, pâle, plutôt blafard, Le faciés exprime l'indifférence, l'apathie.

La palpation de l'abdomen ne révèle ni tumeur, ni dilatation stomacale.

Rien au cœur, ni au foie. Rien dans l'urine.

Respiration soufflante au sommet gauche, sans râles. Pas d'adénopathie.

Du 16 mars au 15 avril. — L'état reste le même : le malade ne se plaint de rien, se nourrit d'un peu de lait et de légumes.

15 avril. — Poussée fébrile. Diarrhée pendant 48 h.

8 mai. — Le malade est toujours dans un état subfébrile. La température vespérale s'élève vers 38°, 38°,4 tous les 2 ou 3 jours.

10. — La température fait de grandes oscillations entre 38° et 40° du 10 au 17 mai.

17. — Sueurs froides. Pouls petit, filiforme, à 140. Ventre ballonné, douloureux à la palpation. Facies péritonéal.

Mort le soir.

Autopsie, le 19 au matin.

A l'ouverture de l'abdomen s'écoule un liquide séro-purulent fétide Anses intestinales recouvertes de fausses membranes récentes.

Estomac ratatiné, parois épaisses. Orifices libres. L'incision montre un néoplasme de la paroi postérieure jusqu'au cardia, s'étendant un peu sur la face antérieure. Une perforation au milieu de la masse cancéreuse conduit dans un clapier putrilagineux qui n'est autre que l'arrière cavité des épiploons. La rate, un peu rongée, en forme la paroi externe.

Noyaux secondaires dans les deux lobes du foie. P. 1880 gr.

Pas de lésions macroscopiques des épiploons.

Reins pâles ; 160 et 120 gr.

Cœur petit, normal. Aorte saine.

Poumon gauche : Ancienne lésion tuberculeuse au sommet.

Il n'y avait donc chez ce malade que deux éléments pour établir le diagnostic. Anorexie, cachexie, voilà les seuls symptômes sur lesquels M. Brault, s'appuya pour

affirmer la lésion cancéreuse, et l'autopsie vint lui donner raison.

Le suc gastrique ne fut pas examiné, il est à peu près certain que l'analyse eût révélé l'absence ou tout au moins la diminution d'Hcl, étant donné le siège et l'étendue du néoplasme.

Les urines furent analysées le 6 avril : elles renfermaient pour 24 heures 22 gr. 17 d'urée (le malade avait pris 250 gr. de légumes, 230 gr. de pain, 2 lit. 1/2 de lait). Il existait une quantité très notable d'indican.

Une cause d'erreur est à signaler, c'est cet état fébrile que le malade a présenté pendant un mois jusqu'à sa mort (par le fait d'infections secondaires consécutives à l'ulcération de la tumeur) et qui aurait pu donner le change pour une autre affection.

Dans l'observation suivante, un malade entra dans le service de M. Brault dans un état de prostration très accusée ; il prétendait n'être malade que depuis 3 mois et ne se plaignait que de faiblesse, d'inappétence et d'œdème des membres inférieurs. Il mourut le lendemain et l'autopsie révéla un cancer stomacal, sans généralisation.

Observation XXVIII (personnelle).

Cancer à forme fruste. Anorexie, cachexie, œdème.

Homme, 60 ans, camelot, entre le 20 juillet 1898 à Tenon, salle Bichat, dans un état d'adynamie profonde.

Il dit n'avoir jamais été malade, mais répond à peine aux questions qu'on lui pose.

Il y a 3 mois, il s'aperçut que ses jambes enflaient le soir aux chevilles. En même temps, il éprouvait une grande fatigue.

Au commencement de juillet, il entre à Saint-Antoine pour un point douloureux dans le côté droit? Il y reste jusqu'au 13 et en sort pour reprendre le 14 son métier de camelot.

Dès le surlendemain, il se sent plus mal et entre à l'hôpital Tenon.

Le seul signe sur lequel il attire l'attention est son œdème malléolaire.

Rien au cœur ni aux poumons. Pas d'albumine.

Langue sale. Anorexie absolue pour toute espèce d'aliments. Pas de vomissements.

Facies très pâle, pas de coloration jaune paille.

21. — L'état s'aggrave rapidement. Mort à 10 h.

Autopsie. — Estomac : infiltration cancéreuse des parois antérieure et postérieure et de la petite courbure. Pylore sain. Sur la face postérieure, ulcération de 3 c. diam., dont le fond est constitué par le pancréas.

Pas de métastases.

Examen histologique, par M. Brault : épithelioma à cellules cylindriques.

Les observations de ce genre ne sont pas absolument rares; elles se ressemblent toutes par leur allure insidieuse, elles diffèrent par la façon dont s'associent les divers symptômes.

Quelquefois l'un d'eux prédomine et occupe le premier plan, et l'on a voulu distinguer des formes particulières du cancer stomacal selon la prédominance de l'un ou l'autre des symptômes.

C'est ainsi que l'on a décrit une *forme dyspeptique* et même *anorexique*, une *forme cachectique*, une *forme avec anasarque, avec ascite*, etc.

Mais en général les différents signes par lesquels se révèle la lésion stomacale s'associent plus ou moins nombreux et ce n'est que par leur réunion qu'ils acquièrent une valeur diagnostique vraiment sérieuse.

L'un des plus importants est assurément la *cachexie:* le malade maigrit, perd ses forces, devient indifférent à tout, en particulier aux plaisirs de la table. Son facies s'anémie et prend la teinte jaune paille caractéristique.

Dans ces cas que ne peut expliquer aucune lésion manifeste et dans lesquels l'attention n'est pas spécialement attirée sur l'estomac, l'on devra néanmoins soupçonner le cancer stomacal, qui, de tous les cancers primitifs, serait, d'après Lebert, le plus fréquent.

Observation XXIX

In Bull. Soc. Anat., mars 1896.
Cancer à forme fruste (cachexie). (Martin).

Homme, 57 ans, entre à Tenon 27 février 1896.

Depuis les premiers jours de janvier, affaiblissement progressifs. Douleurs lombaires à gauche.

27 février. — Douleurs plus vives. Il présente une grande faiblesse, ne peut se lever sans vertiges. Facies pâle, anémié.

Mange peu, digère bien. Pas de vomissements.

Constipation légère. Pas de tumeur.

On songe à leucémie : l'examen du sang donne une augmentation des leucocytes. Pas d'adénopathie, ni splénomégalie.

Au bout de quelques jours, vives douleurs le long de la colonne lombaire. Facies jaune paille.

On diagnostique : cancer latent, sans préciser le siège.

21 mars. — Melœna. Mort.

Autopsie. — Cancer en nappe de la face postérieure.

Dégénérescence cancéreuse du pancréas, des ganglions mésentériques adhérents. Gangue cancéreuse entourant l'aorte abdominale. Noyaux hépatiques.

Dans une observation présentée par M. Potain à la Soc. Anat. en 1851, il s'agissait d'une femme de 84 ans, qui allait s'affaiblissant de plus en plus, sans cause appréciable. Devant cette cachexie, M. Potain, pensant au cancer de l'estomac, en rechercha les autres symptômes et trouva la tumeur épigastrique qui vint confirmer son diagnostic.

Il est assez rare qu'à la cahexie progressive ne viennent pas se joindre quelques phénomènes dyspeptiques, et surtout l'anorexie. Dans l'observation suivante, malgré l'inappétence absolue et les douleurs épigastriques que présentait le malade, on n'osa pas porter le diagnostic de cancer stomacal, et l'on pensa à un cancer profond, peu volumineux.

Observation XXX

In Bull. Soc. Anat. Mars 1894.
Cancer du pylore, Cachexie, anorexie, douleur (Durante).

Homme, 50 ans, déjà soigné pour gastralgie par M. Hayem. M. Mathieu en faisait une gastrite hyperchlorhydrique.

Au début de 1894, nous constatons une aggravation de l'état général, inappétence absolue, dégoût de la viande. Pas de vomissements. Pas d'adénopathie.

La palpation abdominale ne révèle rien, mais il existe des douleurs gastralgiques continuelles qui augmentent après ingestion d'aliments.

Par exclusion, en présence de l'anorexie, du teint pâle, presque jaune paille, de la faiblesse croissante, de la cahexie progressive, nous posons le diagnostic de cancer profond peu volumineux, siégeant probablement dans le pancréas ou le duodénum.

23 février. — Signes de péritonite.

Mort le 25.

Autopsie. — Cancer végétant très volumineux de l'antre du pylore dont la cavité, complètement remplie est réduite à un canal étroit et sinueux admettant à peine l'index.

Lésions de péritonite suppurée récente, par perforation, quelques noyaux hépatiques.

Voici encore un malade chez lequel une anorexie absolue était associée à une cachexie progressive, sans autre signe, et M. Bucquoy n'hésita pas à diagnostiquer la lésion cancéreuse, en faveur de laquelle apparaissait bientôt une adénopathie sus-claviculaire gauche.

Observation XXXI

In Bull. Soc. Anat. janvier 1891.

Cancer en nappe. Anorexie. Cachexie. Adénopathie (Raoult).

Homme, 43 ans, entre service de M. Bucquoy, 27 novembre 1890. Le 10 août 1890, reçut un violent coup de genou dans

la région épigastrique. Il resta une heure sans connaissance. Le lendemain, vomissements, qui se répétèrent, un quart d'heure après les repas. L'appétit diminua. Il maigrit et perdi ses forces.

Depuis deux mois, aggravation : il vomit le lait.

Anorexie absolue, amaigrissement. Cachexie, face pâle. M. Bucquoy est d'avis d'un cancer stomacal.

25 novembre. — Vomissements, hoquet.

Un ganglion dans le creux sus-claviculaire gauche.

Mort le 19 décembre.

Autopsie. — Cancer en nappe de l'estomac.

Quelquefois le cancer gastrique passe inaperçu à cause du peu de signes locaux, mais il détermine des métastases le plus souvent hépatiques qui se manifestent par des symptômes très marqués, et alors ces nouvelles lésions font commettre au médecin, des méprises comme celle que nous avons vue au chapitre pércédent (Obs. XXIII), ou bien elles sont elles-mêmes diagnostiquées, alors que la lésion stomacale est méconnue.

Dans l'observation suivante, on constatait un foie énorme avec cachexie rapide et l'on avait diagnostiqué cancer secondaire du foie sans qu'on ait pu indiquer la lésion primitive. Et cependant le malade avait perdu l'appétit, et se plaignait de douleurs épigastriques, signes qui auraient dû faire penser au néoplasme gastrique.

Observation XXXII.

In B. Soc. Anat. 1889. (Tison).
Cancer de l'estomac, méconnu. Cancer secondaire du foie diagnostiqué.

Homme, 45 ans, malade depuis 8 mois : douleur épigastrique et interscapulaire, anorexie, Perte de forces, cachexie rapide.

Ni vomissement, ni constipation, diarrhée.

Tumeur dans l'hypochondre droit qui augmente progressivement avec douleur.

Œdème des membres inférieurs.

On fait le diagnostic de cancer secondaire du foie, sans qu'on puisse indiquer la lésion primitive.

Autopsie. — Foie 4750 gr. Cancer secondaire.

Plaque cancéreuse dans le petit cul-de-sac et la face antérieure de l'estomac.

En résumé. — D'une part la dyspepsie, c'est-à-dire la réaction de l'organe lésé, se traduisant surtout par l'anorexie, des vomissements assez rares, des sensations pénibles à l'épigastre, la constipation opiniâtre ;.

D'autre part, l'affaiblissement progressif de l'état général, amaigrissement, perte des forces, apathie et facies caractéristique ;

Avec, comme signes secondaires, l'œdème des membres inférieurs, l'ascite, les adénopathies secondaires, parfois une phlegmatia *alba dolens.*

Voilà pour les symptômes cliniques de cette forme fruste du cancer stomacal. Ces signes, plus ou moins

atténués, plus ou moins associés, attirent vers l'estomac l'attention du praticien, le guidant vers la bonne voie, et il pose alors le diagnostic avec une certitude relative, car c'est en clinique surtout que : « Les choses absolues sont fausses ».

Mais pour parfaire le diagnostic, — probable, — que lui offre la clinique, le médecin peut et doit faire appel aujourd'hui à un autre ordre de connaissance. Après le médecin, le chimiste ; après la clinique, le laboratoire ; examen du contenu stomacal, absence d'*Hcl*, présence d'acide lactique et de bacilles, et quelquefois de cellules cancéreuses, sans parler de la recherche de l'urée, de l'indican...

Nous venons de voir de quelle façon se traduit ordinairement la forme fruste du cancer de l'estomac quelques signes à peu près constants, d'autres moins fréquents, mais qui viennent alors se joindre aux premiers pour établir le diagnostic sur des bases plus solides.

Quelle valeur séméiologique convient-il d'accorder à chacun de ces symptômes ? C'est ce que nous allons maintenant examiner.

CHAPITRE IV

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DES SYMPTOMES

Nous avons vu que tous les signes par lesquels se révèle ordinairement le cancer de l'estomac peuvent manquer complètement, et tous, d'autre part, peuvent se rencontrer chez des sujets atteints de toute autre affection.

Il serait assurément très facile de prendre séparément chacun des signes classiques et d'en démontrer le peu de valeur au point de vue du diagnostic de la lésion cancéreuse; cette étude critique pourrait nous conduire à un désespérant scepticisme, à un doute bien peu encourageant.

Mais si, pris isolément, les symptômes du cancer de l'estomac sont loin d'être pathognomoniques, l'on peut, d'après le groupement d'un certain nombre d'entre eux, soupçonner toujours, affirmer quelquefois, la gastrocarcinie.

Nous voulons dans ce chapitre faire une succincte analyse des différents symptômes que l'on rencontre habituellement dans les formes insidieuses du cancer que nous venons de décrire. Nous ne parlons pas, bien en-

tendu, de la forme latente qui ne se traduit cliniquement par aucun signe.

Tout d'abord il faut tenir compte de deux facteurs importants :

1° *L'évolution de la maladie.* — Dans le cancer, la marche est lente, continue, progressive, les traitements n'influent guère sur elle, et l'on n'observe pas de rémissions comme dans d'autres affections similaires, comme en particulier chez ce malade atteint de gastrite ulcéreuse qui, pour la troisième fois, est actuellement soigné à l'hôpital Tenon, chez M. Brault, et qui présentait au moment de chaque crise un état d'émaciation, de cachexie, avec anorexie, vomissements marc de café, simulant le cancer. Dans l'intervalle des crises, l'état général est satisfaisant, le malade mange de tout et travaille à son métier de cordonnier.

2° *L'âge du malade.* — Il s'agit en général dans la forme fruste comme dans la forme latente, de malades ayant dépassé la quarantaine (chap. I : un cas au-dessous de 40 ans sur 7 obs. où l'âge est signalé. Chap. III : dans toutes nos observations les malades ont dépassé 40 ans.

Au contraire, la forme que M. Marc Mathieu a appelée le cancer précoce se manifeste par des signes très accusés bien que souvent anormaux, et elle simule bien souvent d'autres états morbides ; et en effet, parmi les 12 observations que nous avons rapportées dans la forme larvée et où figure l'âge des malades, 7 avaient rapport à des jeunes gens de 13 à 35 ans.

M. Marc Mathieu, dans sa thèse (1), avait réuni 27 obs. de cancer précoce. Dans l'ouvrage récent de M. Urbain Guinard, (2) sur 200 cas où figure l'âge des malades, l'on trouve 12 obs. de cancer opéré chez des sujets de 21 à 30 ans, soit 6 0/0.

Nous avons rapporté d'autre part: une observation de cancer latent observé par M. Bouveret chez une jeune femme de 29 ans (Cf. Obs. III).

Un cas de cancer pris pour un ulcère chez un jeune homme de 19 ans (Obs. XII).

Un cas de cancer avec infiltration et rétraction considérable de l'estomac simulant chez une femme de 19 ans, un rétrécissement syphilitique de l'œsophage (Obs. XIV).

Une 4e observation concernait une fillette de 13 ans, chez laquelle on crut à une affection cardiaque.

A tous ces faits de cancer précoce, nous ajouterons deux autres observations que nous résumerons en quelques lignes :

Observation XXXIII

In B. Soc. Méd. hôp. mai 1895.
Cancer de l'estomac à évolution lente chez un jeune homme.
Laparotomie, disparition des douleurs.

Homme, 25 ans, soigné en octobre 1892 par M. Bouveret pour hyperchlorhydrie.

1. Th. Lyon, 1883-1884.
2. Th. Paris, 1898.

Mai 1894. — Douleurs très intenses. Vomissements par périoriodes. pendant lesquelles il ne peut rien supporter.

Constipation habituelle, avec débâcles.

Amaigrissement, appétit diminué. Teint pâle.

Induration au creux épigastrique.

Analyse du suc gastrique le 10 mars : anachlorhydrie.

Urée : 27,75 par jour.

L'existence d'un cancer était vraisemblable, mais l'âge, la longue durée de la maladie, l'intensité des douleurs, le taux de l'urée. parut justifier une intervention.

7 juin. — Laparotomie : ascite, plaque cancéreuse sur la petite courbure, nodosidés péritonéales.

Disparition des douleurs. L'appétit reparut, le malade était plein d'espoir, quand survint une diarrhée abondante qui l'épuisa.

Mort fin août.

Observation XXXIV

In Gaz. des hôp. 5 mai 1887.
Cancer de l'estomac chez une femme de 22 ans,

Femme, 22, ans présentant tous les signes classiques : au début phénomènes dyspeptiques, anorexie, vomissements, douleur épigastrique.

Au bout de 5 mois, tumeur épigastrique avec gastrectasie. Cachexie rapide. Hématémèses, melœna.

Mort 8 mois après le début de l'affection.

Autopsie. — Epithélioma cylindrique. Sclérose pylorique.

Nous diviserons les symptômes du cancer de l'estomac en deux grandes catégories :

1° Ceux qui nous sont fournis par l'interrogatoire et l'examen *clinique* du malade ;

2° Ceux que nous appellerons les *signes du Laboratoire*, où le médecin appelle à son aide les ressources de la physique, de la chimie, de l'histologie et de la bactériologie.

I. — Signes cliniques.

1° Symptomes gastro-intestinaux.

L'anorexie est un symptôme de grande valeur. Les variations de l'appétit fournissent bien souvent de précieuses indications dans les affections stomacales, et l'on pourrait presque dire, en modifiant légèrement l'aphorisme de Brillat-Savarin : « Dis-moi ce que tu manges, je te dirai ce que tu as ».

Dans le cancer de l'estomac, « le signe primordial qui ne manque absolument jamais, disait Peter (1), c'est l'anorexie. Aussi quand, dans votre clientèle, un individu entre 50 et 60 ans se plaint d'un trouble de cette nature vous pouvez diagnostiquer presque à coup sûr un cancer de l'estomac ».

Plus récemment, M. Landouzy disait à son tour : (2) « Tout répugne au cancéreux : Vous aurez beau lui pré-

1. *In Méd mod*, 1893.
2. Clinique d'octobre 1896.

senter la carte la plus appétissante possible, il vous répondra toujours qu'il n'a pas faim.... Vous verrez des individus arrivés à 40, 45 ans qui pâliront et maigriront tout à coup. Vous aurez beau les explorer, faire de minutieuses palpations et de fréquentes percussions, vous ne trouverez rien, mais le jour où ils vous diront qu'ils n'ont plus le moindre appétit, suspectez le cancer, vous en avez le droit. »

Déjà nous avons dit que ce signe devait, pour avoir une réelle valeur, être associé à une cachexie continue et progressive ; et encore faut-il que l'anorexie ait nettement précédé l'apparition de la cachexie, comme en particulier dans cette observation de Lasègue publiée dans son Introduction au *Traité de Brinton* ;

Observation XXXV (Lasègue).

Cancer de l'estomac à forme anorexique.

Chez cet homme, âgé de 75 ans, vert, robuste, d'un appétit régulier, sobre de la nourriture comme de la boisson, l'anorexie éclata subitement, sans transition et demeura pendant plus de 2 mois le seul signe de la maladie. Ni nausées, ni vomissements, ni douleurs, ni ballonnement. Langue nette, bouche fraîche, mais d'emblée une telle répulsion pour toute substance alimentaire que sans autre désordre, le malade serait mort d'inanition.

15 jours seulement avant la fin, survinrent des vomissements et presque aussitôt la cachexie caractéristique.

L'anorexie du cancéreux devra être différenciée de celle

qu'on observe souvent au même degré dans d'autres affections, et en particulier de l'anorexie nerveuse : mais dans ce cas il s'agira d'une femme, et d'une femme jeune, chez laquelle on pourra généralement relever certains stigmates hystériques. La malade dès les premières bouchées, se déclare rassasiée et ne veux plus essayer de manger davantage, tandis que les cancéreux essayent bien souvent de surmonter leur répugnance à l'égard des aliments, mais ils n'ont pas faim, ils mâchent péniblement quelque morceau de viande que l'estomac ne peut se résoudre à accepter et ils le rejettent sans avaler.

L'anorexie ne devra pas être confondue avec la crainte que les malades atteints d'ulcère ont des aliments qui réveillent leurs douleurs. Ces malades, dit le professeur Debove (1), « ne sont pas plus anorexiques que les malades atteints de fissure à l'anus ne sont constipés ; les uns et les autres ont peur de souffrir et résistent à leurs besoins ».

L'anorexie permanente, invincible, suvenant chez une personne habituellement bien portante, entre 35 et 60 ans, est donc un signe important dans les formes insidieuses du cancer stomacal, mais ce signe, pas plus que les autres, n'est caractéristique, et « il ne faut pas plus prendre l'anorexie comme signe pathognomonique du cancer qu'on ne considérera les taches rosées comme signe infaillible de la fièvre typhoïde » (2).

Il est en effet des cas où le malade conserve l'appétit,

1. Debove et Rémond. *Maladies de l'estomac.*

2. Hanot. *Congrès Besançon*, 1893.

pendant toute l'évolution d'un néoplasme cliniquement évident.

Observation XXXVI

In Soc. Méd. hôp., 7 novembre 1890.
Cancer de l'estomac. Appétit conservé. (Siredey).

Femme, 59 ans, entre le 5 septembre 1890 à Laënnec, se plaint de douleurs épigastriques peu intenses.

Faiblesse, fourmillements, crampes (alcoolisme), ni vomissement, ni hématémèse.

Appétit conservé, pas de goût pour la viande.

Selles régulières, normales.

Malade amaigrie, teint rose, nullement cachectique.

En somme, signes de dyspepsie légère, alcoolique.

Mais à la palpation, on sent deux tumeurs épigastriques, l'une superficielle, très mobile, dure et transversale, l'autre plus profonde.

Pas d'adénopathie.

On diagnostique cancer de l'estomac, avec propagation à l'épiploon.

20 septembre. — Vomissement alimentaire.

Amaigrissement rapide.

28 octobre. — Faiblesse extrême, vomissements continus.

Mort le 1er novembre.

Autopsie. — Enorme cancer stomacal sur toute la petite tubérosité, envahissant la moitié des deux courbures pylore rétréci. Cancer épiploïque (1).

1. Cf. également Arnozan, *in B. soc. Anat.*, 1879.

Ce fait est dû parfois, selon Hanot, à une véritable auto-suggestion du malheureux qui veut lutter contre l'inappétence ; dans l'observation qui précède, il s'explique par la localisation pylorique du néoplasme et l'intégrité de la région pepsinifère.

Dans l'observation suivante, l'anorexie était remplacée par une boulimie féroce que pouvait seul expliquer l'état cérébral de la malade.

Nous rapportons ce cas à titre de curiosité :

Observation XXXVII.

In Gaz. Méd. Paris 1838.

Cancer de l'estomac. Boulimie.

Femme, 40 ans, tomba dans un état de démence. Elle devint extrêmement maigre, souffrait de boulimie, de soif ardente, et détruisait tout ce qui lui tombait sous la main. De temps en temps accès de nymphomanie. Propension pour le tabac et les liqueurs.

Faim vorace au point qu'un jour, ayant bien dîné, elle prit un jeune chat, lui arracha la peau, et le mangea avec les intestins.

Depuis lors, elle boit même sa propre urine.

Un jour, après avoir été plus tumultueuse encore, elle fut trouvée morte une demi-heure après son souper.

Autopsie. — Cerveau congestionné. Epanchement ventriculaire. Ulcération de la grande courbure, comme un franc, adhérente au pancréas. Propagation aux ganglions mésentériques.

La *douleur* est un symptôme très variable, et par con-

séquent un guide bien infidèle. « Peut-être n'est-il pas une catégorie de malades plus enclins et plus habiles à nous tromper que ceux qui souffrent de l'estomac (1) ». La douleur dans le cancer peut manquer absolument, et le malade ne présente parfois que des troubles digestifs analogues à ce qu'on a appelé le syndrome dyspeptique flatulent (sensation de tension épigastrique avec ballonnement, éructations, pyrosis) qu'on observe encore dans le catarrhe chronique et la dypepsie des neurasthéniques.

La douleur peut être aiguë, lancinante, comme dans l'ulcère, et, entre ces deux types, l'on observe tous les intermédiaires. Mais, d'une façon générale, la douleur est à peu près constante dans le cancer des orifices, et particulièrement dans le cancer du pylore.

Il en est de même du *vomissement*.

La cause la plus fréquente est en effet la sténose pylorique, mais d'autres causes interviennent encore : l'irritation produite par le néoplasme, les troubles du chimisme et l'indigestion, l'inertie musculaire d'un estomac distendu et par dessus tout cela des susceptibilités individuelles plus ou moins variables de la muqueuse gastrique.

Les vomissements surviennent d'habitude trois, quatre heures après les repas, ils ne sont guère améliorés par les divers traitements.

Les liquides vomis peuvent être muqueux, alimentaires, hémorrhagiques. Nous n'insisterons pas sur les hématèses qui constituent un des symptômes cardinaux de l'affection cancéreuse. C'est d'ailleurs le plus souvent un signe

1. Lasègue (*loco cit.*).

tardif et il existe alors d'autres signes qui permettent de poser à peu près sûrement le diagnostic.

Dans l'observation suivante, que nous avons traduite de *The Lancet*, le malade avait vomi plusieurs gros morceaux de substance cancéreuse, mais l'on conçoit que les vomissements de ce genre, qui faciliteraient singulièrement le diagnostic, ne soient pas fréquents.

Observation XXXVIII

In The Lancet, 30 ctobre 1896.

Le Dr O'Neill fut appelé le 24 février 1893, près d'un malade atteint d'hématémèse.

Il trouva un homme de 60 ans, amaigri, considérablement anémié, dans un état syncopal. Il se plaignait de douleurs épigastriques : dilatation stomacale.

Il avait vomi deux fois le matin et les vomissements se composaient de sang, de mucus et de nombreux morceaux de matière cancéreuse de l'espèce colloïde, trois gros morceaux surtout, si volumineux que le malade les avait expulsés à grand'peine.

En examinant les vomissements, O'Neill trouva un anneau cancéreux d'environ un pouce 1/4 de diamètre (3 centim.) provenant sans doute du pourtour de l'orifice pylorique.

Dans certains cas il arrive que les vomissements, après s'être produits assez régulièrement pendant plus ou moins longtemps, cessent à peu près complètement, et l'on peut croire à une rémission de la maladie. Ceci s'ex-

plique par la fonte du tissu cancéreux qui supprime l'obstruction orificielle, ou encore par l'inertie ou la dégénérescence de la tunique musculaire de l'estomac.

La *constipation* serait, d'après Trousseau et Brinton, un des premiers phénomènes observés. Elle s'explique facilement par l'inappétence des malades qui diminue leur alimentation, par les vomissements, par le régime lacté auquel sont ordinairement soumis les malades.

Ce symptôme est en effet très fréquent dans le cancer, mais il est souvent remplacé par de la *diarrhée* à une période avancée, c'est alors une diarrhée septique, résultant de l'irritation produite par la décomposition dans l'intestin et l'absorption de la matière cancéreuse, du pus, du sang et des aliments incomplètement digérés ; c'est donc un phénomène tardif survenant avec la cachexie et y contribuant pour sa part. Mais il y a également des diarrhées du début, plus difficiles à expliquer et pouvant devenir l'occasion d'une erreur de diagnostic (1) (tuberculose intestinale, etc.)

A côté de ces signes fonctionnels gastro-intestinaux, l'examen physique du malade devra rechercher la présence d'une *tumeur* abdominale, signe qui, avec l'hématémèse, constitue d'après l'opinion générale la vraie base du diagnostic ; et nous rappellerons les paroles d'un de nos premiers maîtres, le professeur Henrot, de Reims, à l'Association française pour l'avancement des Sciences (2). « La tumeur épigastrique a toujours été considérée

1. Tripier. *In Lyon Médical*. Oct. 1881.
2. Toulouse 1885.

comme un symptôme d'une très grande valeur, comme un signe pathognomonique. »

Mais ici encore, que d'erreurs possibles ! Nous avons vu la tumeur cancéreuse prise tantôt pour des amas de matières fécales durcies et accumulées dans le gros intestin (Obs. XIII), tantôt pour un anévrysme de l'aorte (Obs. XX).

Mais l'erreur inverse peut être commise, et, à cause de la constipation fréquente dans le cancer, on a pris pour une tumeur néoplasique des scybales arrêtées dans le gros intestin et rebelles aux purgatifs : c'est ce que Trousseau avait si pittoresquement appelé « *la tumeur du pot de chambre* ».

Dans l'observation suivante, un cancer de l'estomac prolabé fut pris pour un cancer de l'épiploon.

Observation XXXIX

In B. Soc. Anat., avril 1890.
Cancer de l'estomac prolabé pris pour un cancer de l'épiploon (Lefebvre).

Femme entrée le 4 mars 1890.

Peu d'appétit, mais garde les aliments qu'elle ingère.

C'est seulement la cachexie et la perte des forces qui l'amènent. Pas de douleurs.

Dans la région sous-ombilicale, empiétant sur l'hypochondre droit, on trouve une masse dure, irrégulière, mobile, en forme de gâteau quadrangulaire.

Adénopathies inguinale gauche et sus-claviculaire droite.

Mort par cachexie le 5 avril.

Autopsie. — Cancer colloïde des deux faces. Estomac prolabé noyaux secondaires dans le foie, le poumon, le péricarde.

Un autre signe physique que l'on constate fréquemment, c'est la *dilatation de l'estomac* par sténose pylorique et atonie des parois stomacales, qu'il ne faut pas confondre avec la dilatation essentielle, sans sténose (Bouchard). L'évolution de la gastrectasie, dans le premier cas, est analogue à ce qu'on observe dans la dilatation du cœur consécutive à un rétrécissement valvulaire : la lésion réclame d'abord un travail excessif de la part de l'organe qui s'hypertrophie en compensation, mais qui plus tard se fatigue et se laisse distendre.

Mais tous les cas de sténose ne s'accompagnent pas de dilatation, et M. le professeur Hayem distingue des sténoses sans dilatation (1) qu'il explique par l'intolérance de l'estomac qui ne peut plus supporter aucun aliment et par la restriction de l'alimentation.

2° *Symptômes généraux.* — Nous avons montré déjà, à propos de la forme fruste, toute l'importance de la *cachexie* dans le diagnostic du cancer de l'estomac. Le malade perd ses forces, l'amaigrissement est continu et progressif, le tissu cellulo-graisseux disparaît, la peau, trop large pour le corps amaigri, se ride, perd son élasticité, devient sèche. En même temps, le malade devient apathique, indifférent à tout ce qui lui était autrefois agréable : « au début du cancer gastrique, les grands

1. *Soc. Méd. hôp.*, 12 nov. 1897.

fumeurs abandonnent spontanément la pipe et le cigare (1) ». La peau et les muqueuses se décolorent, le facies revêt une expression de fatigue extrême, tantôt d'une pâleur intense comme dans l'anémie pernicieuse (c'est ce qu'on a appelé la forme anémique du cancer), tantôt jaunâtre comme dans la chlorose, d'autres fois terreux comme dans la cirrhose hépatique.

Cet aspect cachectique est moins accusé dans les cas de cancer précoce, les jeunes gens opposant en effet plus de résistance aux progrès du mal et conservant souvent un peu d'appétit, ce qui leur permet encore de s'alimenter. D'autre part, l'évolution plus rapide de la lésion cancéreuse chez les individus jeunes empêche la dénutrition de s'effectuer aussi complètement que chez les vieillards.

L'œdème, quelquefois consécutif à la compression veineuse produite par la masse cancéreuse ou par des ganglions hypertrophiés, *l'œdème* est surtout le fait de la cachexie. Le plus souvent c'est un œdème localisé aux parties déclives (région sacrée et malléolaire) ; il est mou, indolore, dépressible en godet et dissimule en partie l'amaigrissement du malade.

Quelquefois l'œdème est généralisé, il existe de *l'anasarque*, et dans l'observation suivante, ce fut presque le seul signe du cancer.

1. Bouveret (*loc. cit.*).

OBSERVATION XL

In Soc. Méd. hôp. 23 mars 1888.
Cancer stomacal. Cachexie, anorexie, anasarque (Blachez).

Cette malade se plaignait d'une grande faiblesse et d'un gonflement des pieds et des mains qui rendait tous les mouvements très difficiles.

A l'examen, anasarque généralisée : œdème mou, blafard indolent, dépressible en godet. Cette enflure daterait de quelques mois et se serait montrée à la fois sur tous les points du corps, elle se serait accompagnée d'une perte progressive de l'appétit et des forces.

Rien au cœur ni dans l'urine.

L'on admet l'existence d'un cancer latent.

Pas de vomissements. Rien d'utérin.

C'est dans ces conditions que la malade resta à l'hôpital six jours, s'affaiblissant de plus en plus, ne mangeant pas.

Mort le 16 mars.

Autopsie. — Cancer bourgeonnant de la paroi antérieure de l'estomac. Orifices libres.

Pas de généralisation.

Une observation analogue est rapportée par H. Raymond. Ce dernier n'a pas fait de diagnostic, hésitant entre une anémie pernicieuse, une dégénérescence amyloïde ou un cancer latent. (1)

L on ne confondra pas cet œdème cachectique avec

1. Cf. *Progrès Médical*, 1882 p. 1021, 1883 p. 3.

l'œdème des thromboses marastiques, la *phlegmatia alba dolens*, symptôme dont Trousseau a si magistralement indiqué la valeur dans le cours du cancer : « Lorsque vous êtes indécis sur la nature d'une maladie de l'estomac,... une *phlegmatia alba dolens* survenant à la jambe ou au bras fera cesser votre indécision, et il vous sera permis de vous prononcer positivement sur l'existence du cancer » ; et il cite l'observation d'un malade cachectique qui ne présentait que de l'anorexie et une phlegmatia. A l'apparition de ce dernier signe Trousseau affirma l'existence d'un cancer que l'autopsie vint confirmer quelques mois plus tard (1).

Lui-même atteint de phlébite mourait de cancer stomacal 8 mois plus tard, apportant ainsi une preuve de plus en faveur de ce symptôme.

Mais la phlegmatia n'est pas fréquente dans le cancer et d'autre part elle a été signalée par M. Bouchard dans la dilatation gastrique (2). Aussi ce symptôme, utile assurément dans les cas douteux, n'est-il pas non plus infaillible.

L'*ascite* survenant dans l'évolution d'un cancer stomacal peut reconnaître plusieurs causes différentes.

1° Le péritoine est irrité par la présence du néoplasme qui a envahi le tissu sous-séreux et réagit en sécrétant le liquide ascitique.

2° La tumeur cancéreuse ou quelques ganglions dégénérés compriment la veine-porte.

1. *Cliniq. Méd.* III p. 105.
2. *Soc. Méd. hôp.* 13 juin 1884.

3° Enfin l'ascite, dans certains cas, paraît être de cause générale, liée à une altération sanguine encore inconnue qui augmenterait le pouvoir de transsudation du sérum à travers les parois vasculaires par suite de la diminution de l'albumine du sang (Claude Bernard).

Les auteurs attirent l'attention sur le caractère hémorrhagique du liquide « qui doit faire penser immédiatement à une péritonite cancéreuse (1). »

Dans une observation de M. Bard, celui-ci à la vue de la sérosité sanglante issue par la ponction, n'hésita pas à modifier dans ce sens le diagnostic primitif.

Mais on l'observe quelquefois aussi dans la cirrhose hépatique, témoin ce malade dont nous venons de prendre l'observation dans le service de M. Brault, malade de 25 ans atteint de cirrhose confirmée par l'autopsie et chez lequel la paracentèse avait ramené 5 litres 1/2 de liquide franchement hémorrhagique. D'autre part nous avons relaté, entre autres, un cas de cancer stomacal simulant une cirrhose, où le liquide ascitique était citrin. Quelquefois l'ascite est chyliforme, comme dans les deux observations suivantes, que nous allons résumer :

Observation XLI

In Guy's hospital Reports 1871, XVI
Cancer du pylore. Dyspepsie et cachexie. Œdème. Ascite chyliforme (Habershon).

Femme, 47 ans, entrée 19 octobre 1870.

Souffre depuis un an de douleurs et vomissements.

1. Th. Marc Mathieu.

Amaigrissement et faiblesse progressifs. Les chevilles se sont enflées, le ventre a grossi.

A l'examen, teint blême, amaigri. Œdème des membres inférieurs et des parois abdominales. Ascite.

L'on pense à une dyspepsie, puis à une affection des reins ou à un kyste de l'ovaire, mais les signes sont négatifs.

9 novembre. — Vomissements.

10. — Douleur violente à l'épigastre après le dîner.

Collapsus. Mort.

Autopsie. — Ascite considérable, chyliforme.

Cancer du pylore ulcéré.

Estomac très distendu.

Observation XLII

In Soc. méd. hôp. 8 oct. 1897.
Ascite chyliforme dans un cancer stomacal (Hirtz).

Femme, 57 ans, s'aperçoit en mai 1893 que son ventre gonflait.

Un mois après. œdème des jambes. Anorexie, pas de vomissements.

La malade s'affaiblit, s'amaigrit et entre à Laennec le 27 décembre 1896.

Ascite considérable. Circulation collatérale.

Œdème des jambes, facies cachectique.

29 décembre. — Ponction : 8 litres 1/2, liquide blanchâtre, laiteux.

La palpation ne révèle ensuite aucune tumeur.

Deux jours après, le liquide s'est réformé.

Cachexie. Mort, 3 janvier 1897.

Autopsie. — 8 à 9 litres de liquide chyliforme. On ne peut trouver trace du canal thoracique. Epithélioma cylindrique de la face postérieure de l'estomac. Masse cancéreuse rétro-stomacale.

L'apparition d'une *adénopathie* inguinale, axillaire et surtout sus-claviculaire du côté gauche dans le cours d'une gastropathie quelque peu douteuse est habituellement considérée comme un signe de néoplasie cancéreuse. « Bien que tous les cancers de la cavité abdominale puissent se propager aux ganglions sus-claviculaires, la constatation de ce fait anatomique devra servir dans les cas douteux à éclairer le diagnostic » (1).

Mais il faut naturellement éviter de confondre cette adénopathie avec celle que produit la syphilis, la tuberculose, la lymphadénie. D'autre part, M. Soupault affirmait récemment (2) que l'on « ne peut baser aucun diagnostic sur l'existence ou l'absence des adénopathies », car elles pourraient exister également dans d'autres affections gastriques, et l'examen histologique lui a montré que dans ce dernier cas les ganglions étaient atteints de lésions tuberculeuses.

En tous cas, c'est là encore un symptôme utile, qu'il faut rechercher par des examens répétés, car M. Widal a présenté à la Société Médicale des hôpitaux (3) l'observation d'un malade qui ne présentait pas d'adénopathie

1. Troisier. Soc. méd. hôp., 1886. Th. Belin. 1888.
2. *In Presse Médicale*, 27 avril 1898.
3. Séance de décembre 1893.

appréciable six jours avant sa mort : à l'autopsie, l'on constata un ganglion sus-claviculaire gauche et un ganglion axillaire très manifestes à la palpation.

Pour terminer l'énumération des divers symptômes du cancer gastrique, il nous faut citer ce que nous appelerions volontiers les *petits signes* de la néoplasie :

C'est d'abord le *hoquet*, symptôme quelquefois précoce, qui a été indiqué par un médecin de Berlin, Oscar Tyselin. De même que les nausées, ce signe paraît tenir à ce que le nerf phrénique est intéressé.

M. Gourmaud, dans sa thèse sur le cancer latent de l'estomac (1), rapporte un cas de cancer dans lequel un hoquet précoce et tenace persista 3 mois.

L'*insomnie*, le *prurit* sont fréquemment signalés chez les vieillards par les auteurs anglais.

Les troubles du goût sont fréquents.

La *langue* était considérée par les anciens cliniciens comme le miroir de l'estomac, et en particulier dans le cancer gastrique l'on avait remarqué qu'elle gardait longtemps la coloration du vin. Elle est souvent recouverte d'un enduit épais, blanchâtre, et s'il existe de fréquents vomissements acides, elle devient rouge et luisante : c'est la langue bifteck (beefsteack tongue) des auteurs anglais (2).

Mais M. Boas (3) trouve qu'« il n'y a pas de rapport entre l'état de la langue et l'appétit. Les divers aspects de la muqueuse linguale n'ont qu'une valeur médiocre ; une

1. Th. Bordeaux, 1888.

2. Lyman. *In. J. of. the. Am. Med. Ass.* mars, 1897.

3. *Diag. und. Therapie der Magenkrank* 1891.

langue sale et chargée coïncide généralement avec le défaut de propreté de la bouche, la carie dentaire, la gingivite, la stomatite, la pharyngite chronique. »

Enfin, l'on peut observer des *éructations* gazeuses, des *pyrosis*, en rapport avec des fermentations par acides organiques.

II. — Signes du laboratoire.

Nous allons maintenant, pour terminer ce chapitre, passer en revue les divers renseignements que fournissent au médecin les sciences accessoires.

La physique nous offre trois procédés assez récents d'exploration :

Le *phonendoscope* de M. Bianchi pourra servir dans certains cas à la recherche d'une tumeur ;

La *gastrodiaphanie* signalée par M. Chauffard à la Société médicale des hôpitaux (1) et déjà par Allen Jones en février 1896 (2) pourra aider à diagnostiquer les tumeurs de la paroi antérieure dont elles diminuent la transparence. Elle permet d'apprécier le degré de dilatation stomacale ;

Enfin, dejà en juillet 1896, M. Strauss rapportait à la Société de médecine interne de Berlin un cas de cancer diagnostiqué par les *Rayons X*.

La chimie fournit d'importants renseignements par *l'analyse du contenu stomacal*.

1. Séance de juillet 1897.

2. *In. The. Med. News*. 29 fév. 1896.

Quand on eût montré l'absence d'Hcl dans le cancer, ce signe fut considéré comme à peu près infaillible, à condition de le constater à plusieurs reprises, car dans les dyspepsies nerveuses avec anachlorhydrie on observe des alternances qui n'existent pas dans le cancer. « Quand on suppose, disait Ewald, l'existence d'un carcinome et qu'on constate la présence d'Hcl, il faut abandonner ce diagnostic ».

Mais cette règle, trop absolue, fut contredite par les observations de cancer avec hyperchlorhydrie citées par Felty (1), Nordman (2), Jones (3), Albert Robin (4). Ce dernier explique ces faits de la façon suivante : dans les tumeurs pyloriques, la plus grande partie de la muqueuse est respectée et fonctionne normalement, mais si, antérieurement, le sujet avait de l'hyperchlorhydrie (ulcère), cet état persistera fatalement. Que la tumeur envahisse presque complètement l'estomac, on a, sinon l'anachlorhydrie, du moins l'hypochlorhydrie.

A l'absence d'Hcl est associée la présence d'acide lactique dans le contenu stomacal, ce qu'explique la même lésion, c'est-à-dire la gastrite atrophique : d'une part, l'atrophie glandulaire diminue ou fait disparaître l'Hcl ;

D'autre part, l'inertie musculaire de l'estomac devient le point de départ de fermentations anormales, d'où formation en excès d'acide lactique.

1. *In The Med. News.*, 18 mai 1895.
2. *In B. Soc. Anat.*, avril 1893.
3. *In The Med. News.*, 29 fév. 1896.
4. *In Bourgogne Méd.*, juin, sept, 1895.

Le taux de l'urée est généralement inférieur à la normale.

C'est là le fait non pas du cancer, comme l'avait cru Rommelaere, mais de la dénutrition habituelle chez les malades, et, en effet, la quantité d'urée peut être égale ou supérieure à la quantité normale chez les cancéreux qui continuent à s'alimenter.

Le *Microscope* permet quelquefois de reconnaître des parcelles de tissu cancéreux par l'examen des liquides vomis ou de ceux extraits par la sonde (1).

D'autre part, certains auteurs allemands (2), accordent une grande confiance à la présence d'un bâtonnet grêle qui serait d'après eux l'agent de la fermentation lactique. Mais il paraît démontré que ce bacille n'a pas la valeur diagostique qu'on voulait lui donner.

L'*Examen du sang* donne dans la cachexie du cancer les mêmes résultats que dans toutes les anémies chroniques. La richesse globulaire est très diminuée. Le nombre des hématies s'abaisse progressivement et peut descendre au-dessous d'un million.

1. Reineboth. *In Deut. Arch. f. Klin. Med.*, 1897.
2. Bruno Oppler. *In Deut. Med. Woch.*, 1895.

CHAPITRE V

Pathogénie.

Nous devons maintenant nous demander pourquoi le cancer de l'estomac ne revêt pas toujours la même allure clinique.

Pourquoi ces formes latentes du cancer où n'existe aucun signe qui puisse mettre sur la voie du diagnostic?

Pourquoi ces formes frustes où la lésion stomacale ne se traduit que par de la cachexie et quelques vagues troubles digestifs?

Dans les observations de cancer latent que nous avons rapportées, la mort est bien souvent survenue par le fait d'une maladie intercurrente avant que le néoplasme ne soit encore parvenu à un stade assez avancé de son évolution pour se traduire par ses signes habituels.

Mais ceci n'explique que quelques observations, et dans les autres cas il faut tenir compte de différents facteurs, et tout d'abord de *l'âge* du malade.

Le cancer précoce, en effet, est rarement obscur ; il se révèle habituellement par des symptômes très accusés bien qu'anormaux, et, comme d'autre part l'on ne songe

guère au cancer à cause du jeune âge, le diagnostic est souvent en défaut, et notre chapitre des formes larvées contient un certain nombre d'erreurs de ce genre.

Chez les vieillards, au contraire, la douleur est souvent absente, l'anorexie est mise sur le compte de l'âge, seule la cachexie est souvent le seul signe qui attire l'attention sur la lésion véritable.

La puissance de *résistance individuelle* est également un facteur important. C'est toujours la question du germe et du terrain. Il n'y a pas que des maladies, il y a des malades, avec leurs réactions plus ou moins grandes à l'atteinte du mal, et l'estomac en particulier réagit plus ou moins par les vomissements, la douleur, les troubles du chimisme, selon que le système nerveux du patient est plus développé, plus sensible, selon le fonctionnement digestif et les habitudes antérieures (dyspepsie, alcoolisme...).

A ces deux premières causes vient s'en ajouter une troisième, non moins importante, relative au *siège* et à *l'étendue* de la lésion cancéreuse.

L'intégrité des orifices explique en partie les formes insidieuses du cancer gastrique. Dans presque toutes nos observations de cancer fruste ou latent, les orifices étaient indemnes, le néoplasme siégeait sur les parois stomacales.

Dans le cancer du cardia avec sténose, il existe des troubles de la déglutition, avec régurgitations et sensation pénible derrière le sternum. Le cathétérisme montrera l'arrêt de la sonde à la fin de l'œsophage. Dans ce cas, il ne peut guère y avoir de forme latente.

Dans le cancer du pylore, la gastrectasie fréquente avec vomissements copieux, survenant à d'assez longs intervalles au début, sera en général facilement reconnue. L'examen du contenu stomacal et des matières vomies révèlera le degré de stase gastrique. La tumeur pylorique sera plus facilement perceptible que ne le serait une tumeur de la paroi postérieure ou de la petite courbure. Enfin si le néoplasme est placé de façon à intercepter le passage des aliments de l'estomac dans l'intestin, la cachexie fera de rapides progrès.

Au contraire, en cas de cancer des parois peu développé, avec intégrité de la muqueuse au-delà de la tumeur, l'on conçoit que l'appétit soit conservé dans une certaine mesure et que l'alimentation se fasse d'une façon suffisante pour que l'état général se maintienne relativement bon pendant un temps assez long.

Et même, dans le cas de cancer des parois avec infiltration amenant progressivement leur épaississement, les aliments passent facilement dans l'intestin et la digestion intestinale pourra dans certains cas suppléer à la digestion stomacale.

Mais une lésion cancéreuse, même petite, peut déterminer des troubles considérables et amener une anorexie précoce : « il y a, disait Hanot, autour de l'épithélioma, quelque chose d'analogue à la zone dangereuse des chirurgiens. »

Il y a plus : pourquoi, en présence d'une petite tumeur cancéreuse de l'estomac, sans sténose orificielle, autour de laquelle la muqueuse est relativement saine, pourquoi observe-t-on une cachexie intense, progressive, et finale-

ment la mort dans le marasme, sans qu'il y ait eu ou peu de signes gastriques ?

Il ne peut être question ici d'inanition produite par l'anorexie, les vomissements, l'insuffisance de la digestion stomacale. Il s'agit bien d'une *cachexie cancéreuse* proprement dite, c'est-à-dire d'un empoisonnement continu, progressif, par résorption de la substance cancéreuse qui, passant dans le sang, détruirait les globules rouges et anémierait tous les tissus de l'économie.

A cette intoxication par le poison cancéreux viennent enfin s'ajouter à la période d'ulcération les diverses infections secondaires, source de la fièvre et de la diarrhée.

CONCLUSION

Les observations que nous avons exposées au cours de ce travail peuvent être classées en 3 groupes :

1° *forme latente.* — Ce sont les cas où l'on a trouvé à l'autopsie un cancer de l'estomac qui n'avait donné lieu pendant la vie du malade à aucun des symptômes habituellement observés. Cette forme n'a d'ailleurs pas d'intérêt au point de vue clinique.

2° *forme larvée.* — Le cancer simule nne autre maladie à cause de la prépondérance de quelques signes communs devant lesquels les autres caractères de la gastrocarcinie s'effacent ou passent inaperçus. Nous avons vu que la lésion cancéreuse doit être suspectée toutes les fois qu'il y a discordance entre l'état général et le peu d'intensité des signes locaux de la lésion supposée.

3° *forme fruste.* — C'est la forme atténuée : le cancer se traduit seulement par un ou plusieurs signes qui pourront passer inaperçus si l'on ne songe pas à la lésion véritable.

Après l'exposé de ces observations, nous avons passé en revue les différents symptômes du cancer et discuté leur valeur séméiologique. L'on devra, dans le diagnostic de ces formes anormales, accorder une très grande importance à la cachexie associée aux troubles dyspeptiques, à condition toutefois qne ceux-ci soient antérieurs,

En recherchant la pathogénie des formes précédentes, nous avons vu qu'il fallait tenir compte de l'âge du malade, de la puissance de résistance individuelle, et surtout du siège du néoplasme : le cancer des orifices est bien rarement obscur.

Il résulte de ces observations que le cancer de l'estomac bien souvent ne se traduit pas par la forme classique bien connue. Le diagnostic en est souvent très difficile et ce n'est la plupart du temps qu'un diagnostic de probabilité, presque jamais de certitude absolue qui peut être posé en face du malade.

Et cependant l'importance est grande d'un diagnostic exact. Car à combien de méprises, non moins honteuses pour le médecin que préjudiciables au malade, ne s'expose-t-on pas ?

Deux écueils sont également à éviter : il faut éviter de croire à un cancer de l'estomac qui n'existe pas ; il ne faut pas méconnaître un cancer qui existe.

1° *Diagnostiquer à tort un cancer de l'estomac*, voilà une erreur de diagnostic qui peut être assurément fort préjudiciable au malade, surtout si l'affection que simulait le néoplasme était curable grâce à un traitement rapide et bien dirigé, et dans ces cas l'on aurait pu avec un diagnostic précis quelquefois guérir définitivement le patient, du moins en prolonger longtemps encore l'existence.

2° *Méconnaître un cancer qui existe*, semblerait au point de vue thérapeutique une faute moins grave qne la première. Une fois diagnostiqué en effet le cancer de l'estomac, le traitement n'est-il pas toujours impuissant ? Et autrefois en présence des insuccès de la thérapeutique

prétendue curative, le praticien se laissait aller au découragement et se bornait à prescrire un traitement palliatif, cherchant surtout à calmer les douleurs du malade, à arrêter les hémorrhagies et les vomissements. « Affection lamentable et humiliante, disait Peter; lamentable pour le malade, puisqu'il en meurt, humiliante pour le médecin, puisqu'il ne peut la guérir. » (1)

Mais aujourd'hui s'ouvre une ère nouvelle, plus favorable aux malheureux cancéreux: la chirurgie a pris en mains le traitement du cancer de l'estomac dans lequel la médecine s'était jusqu'ici montrée si impuissante, et les chirurgiens le proclament désormais hautement: « Tout cancer de l'estomac doit être opéré dès qu'i est diagnostiqué, dit M. Hartmann (2), à moins que l'état général du malade ou l'extension trop grande de la lésion ne constitue une contre-indication. »

« Du traitement chirurgical relève le cancer de l'estomac » s'écrie à son tour M. Urbain Guinard comme première conclusion à sa thèse sur la cure chirurgicale du cancer stomacal.

Or, le malade atteint des premiers symptômes de la gastrocarcinie va consulter le médecin et c'est à celui-ci que revient l'initiative de proposer l'intervention.

Donc, sitôt que nous, médecins, aurons fait le diagnostic de cancer de l'estomac, diagnostic basé sur plusieurs signes de valeur, n'hésitons pas et si le malade peut supporter l'opération, livrons-le aux chirurgiens.

1. *in Méd. Mod.* 1893, p. 74.

. *in T. Chir. Duplay et Reclus*, 2e édit. VI.

Mais ceux-ci vont plus loin encore, et M. Guinard (*loco-cit.*), après avoir montré l'impossibilité d'un diagnostic médical précoce, à une période où l'opération sera véritablement efficace, et où le malade pourra définitivement guérir, pose la règle suivante : « Au principe stérile de la précocité du diagnostic, il faut substituer celui de la précocité de la laparotomie exploratrice. Tout sujet porteur d'un cancer de l'estomac doit être soumis à la laparotomie exploratrice. » L'intervention est d'après lui justifiée toutes les fois que, chez un sujet atteint de troubles gastriques,

a. l'analyse du suc gastrique décèle l'apepsie et l'acide lactique ;

b. les soins médicaux, bien conduits, sont incapables de faire augmenter le poids du corps et le maintenir à son poids normal.

A défaut de la première condition, la dernière à elle seule suffit. Les contre-indications se tirent :

A. — De l'état général du sujet.

B. — De la constatation clinique ou opératoire de métastases viscérales ou ganglionnaires inextirpables.

C. — De l'immobilité et des adhérences de la tumeur, de sa propagation au delà des portions mobilisables du duodenum ou de l'œsophage.

Et M. Guinard, plein d'enthousiasme, nous apporte à l'appui de ses assertions des statistiques qui seraient encore bien plus belles si l'on pouvait opérer dès le début, c'est-à-dire sans doute appliquer le principe de la laparotomie exploratrice précoce : « Il est au pouvoir du chirurgien d'abaisser la mortalité opératoire à zéro.... Si la

mortalité est encore assez forte, cela résulte de la prolongation trop grande des soins médicaux. Aux seuls malades mal renseignés ou inintelligents, appartiendront, dans un avenir prochain, les opérations palliatives. »

La question de l'intervention précoce est donc toute d'actualité, en France du moins, et c'est à un double point de vue clinique et thérapeutique que nous avons cru utile d'insister à notre tour « sur quelques formes anormales du cancer de l'estomac » qui peuvent masquer le diagnostic de la lésion véritable.

Certes, sans partager entièrement le bel oppoptimisme que M. Guinard étale dans son intéressant ouvrage, nous ne demandons pas mieux que de livrer le plus tôt possible aux chirurgiens un malade pour nous incurable à toutes les périodes de sa maladie et qui courra par une intervention, à condition toutefois qu'il la puisse supporter, d'autant plus de chances de guérison qu'il sera opéré plus tôt.

Devant des statistiques de plus en plus favorables, devant des succès opératoires qui se multiplieront encore, nous nous rendrons bien volontiers aux supplications des chirurgiens et ne resterons point insensibles aux plaintes de Kocher.

« De grâce, Messieurs les médecins, laissez-nous guérir vos malades ! »

Vu par le président de la thèse,
CORNIL

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

JOUVE et BOYER, Imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.